

80-VUOTISTERVEYSTARKASTUKSIA SEURANNEET TOIMENPITEET TAMPEREELLA VUONNA 2012

Jaakko Kivijärvi
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Helmikuu 2017

KIVIJÄRVI JAAKKO: 80-VUOTISTERVEYSTARKASTUKSIA SEURANNEET
TOIMENPITEET TAMPEREELLA VUONNA 2012

Kirjallinen työ, 47 sivua

Ohjaajat: Geriatrian professori Jaakko Valvanne sekä geriatrian erikoislääkäri LT Lauri Seinälä

Helmikuu 2017

Avainsanat: ikäkausitarkastukset, kotikäynnit, ennaltaehkäisevät kotikäynnit, preventio, kotona asuminen

Tampereella on toteutettu 80-vuotisterveystarkastuksia vuodesta 2009 alkaen. Tarkastuksia suoritetaan yksinomaan kotona asuville henkilöille. Käyntien tarkoituksena on strukturoidun kyselylomakkeen avulla kartoittaa tutkittavien terveydentilaa sekä havaita terveysongelmia, joiden pohjalta henkilölle voidaan ehdottaa toimenpiteitä kotona selviytymisen tukemiseksi. Kyseisessä ”Terve 80” –kyselyssä kysymyksien kohteena ovat vain sellaiset terveyden osa-alueet, joissa ilmeneviin ongelmiin Tampereen kaupungin terveystietojärjestelmän puitteissa on mahdollista vaikuttaa. Näin ollen mahdolliset toimenpide-ehdotukset ohjataan toteutettaviksi kaupungin organisaatiossa. Toimenpide-ehdotuksia voivat olla esimerkiksi hakeutuminen omalääkärille tai fysioterapiaan, tutustuminen ryhmätoimintaan tai yhteydenotto kotihoitoon. Tähän mennessä toimenpide-ehdotusten toteutumisesta ei ole ollut tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vuonna 2012 tehtyjen toimenpide-ehdotusten toteutumista. Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä kohorttitutkimuksena. Toimenpiteiden toteutumista tarkasteltiin Pegasos-potilastietojärjestelmästä.

Vuonna 2012 80-vuotisterveystarkastuksiin osallistui 572 henkilöä. Heistä 7 kielsi tietojensa käytön tutkimustarkoituksissa, joten toimenpide-ehdotusten toteutusta selvittävä tutkimus suoritettiin otokseen jäljelle jääneiden 565 henkilön vastausten perusteella. Toimenpide-ehdotuksia laadittiin yhteensä 258 henkilölle yhteensä 492 kappaletta, ja näistä toteutuneeksi todettiin 210 (42,7 %). Enimmillään yhdelle tutkittavalle esitettiin 8 toimenpide-ehdotusta ja parhaimmillaan yhden henkilön kohdalla toteutui 5 toimenpide-ehdotusta. Eniten toimenpide-ehdotuksia tehtiin suun terveyteen liittyen (93 kpl), mutta niiden toteutumista ei voitu todentaa eri potilastietojärjestelmän vuoksi. Parhaiten toimenpide-ehdotukset toteutuivat avun tarvetta koskevassa kysymyksessä, jossa 63/75 (84 %) ehdotusta voitiin jäljittää toteutuneiksi. Heikoimmin ehdotukset toteutuivat laihtumista, yksinäisyyttä ja alkoholinkäyttöä koskevissa kysymyksissä, joista yhdessäkään ei toteutunut yhtään toimenpide-ehdotusta.

Saatujen tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että kotona asuvat tamperelaiset 80-vuotiaat voivat pääasiassa hyvin, eikä enemmistölle (54,3 %) tutkituista tarvinnut esittää toimenpide-ehdotuksia lainkaan. Todellisuudessa toimenpide-ehdotusten toteutuminen poikennee saadusta tuloksesta, koska vain Pegasos-tietojärjestelmää käyttäen ei voitu jäljittää tietoa hammaslääkärikäynneistä tai yksityisellä sektorilla toteutuneista tarkastuksista. Tuloksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että terveystarkastuksia suoritti usea henkilö, mikä johti kirjaamiskäytäntöjen ja vastausten tulkinnan vaihtelevuuteen. Koska tutkimuksen tuloksissa voidaan todeta, etteivät toimenpide-ehdotusten laatimiskäytännöt vastanneet suunniteltua toimintamallia, on tarkastuksia suorittavien henkilöiden huolellinen perehdyttäminen aiheellista. Lisäksi lienee aiheellista miettiä tarkastuksen sisältöä, sillä nykyisessä muodossaan 80-vuotistarkastukset eivät hyödynnä kaikkea potentiaaliaan. Tulevissa tutkimuksissa suositellaan useamman eri tietojärjestelmän hyödyntämistä toimenpiteiden toteutumisen paremman jäljittämismahdollisuuden vuoksi.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	7
2.1 Ennaltaehkäisevien kotikäyntien määritelmä ja perusteet	7
2.1.1 Ennaltaehkäisevän kotikäynnin määritelmä.....	7
2.1.2 Terveystarkastusten toteutus Suomessa ja muissa maissa	7
2.1.3 Perusteet ennaltaehkäisevien terveystarkastusten toteuttamiselle	8
2.2 Ennaltaehkäiseviä terveystarkastuksia käsittelevät aiemmat tutkimukset	9
2.2.1 Tarkastusten ikäryhmän valitsemisen haasteet	9
2.2.2 Tarkastuksia toteuttava henkilöstö	10
2.2.3 Tarkastusten kohdentamisen aiheellisuus	11
2.2.4 Tarkastusten sisältö ja interventiodien kannalta keskeiset aiheet	12
2.3 Tarkastuksien tulokset ja seuraukset Suomessa ja muissa maissa	13
2.3.1 Seuraukset ja nykyiset käytännöt Suomessa ja muissa maissa	14
2.3.2 Tarkastusten vaikutus kuolleisuuteen ja laitoshoitoon joutumiseen	15
2.3.3 Tarkastusten kustannustehokkuus	15
2.3.4 Tarkastusten maksullisuus ja osallistujien sitoutuminen toimintaan	16
2.3.5 Seurannan ja uusinta-arvioiden merkitys	17
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE	18
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	19
4.1 Perus- ja tutkimusjoukko	19
4.2 Aineiston kerääminen	19
4.2.1 Terveystarkastusten toteutus	19
4.2.2 Tarkastusten kyselykaavake ja toimenpide-ehdotusten laatiminen	20
4.2.3 Tutkimukseen valitut toimenpideluokat	20
4.2.4 Tarkastusten tulosten kokoaminen	21
4.3 Toimenpide-ehdotusten toteutumisen arviointi	21
4.3.1 Toteutumisen selvittäminen	21
4.3.2 Toimenpide-ehdotusten toteutumistietojen kokoaminen	22
4.4 Tilastolliset menetelmät	23
5 TULOKSET	24
5.1 Aineiston sukupuolijakauma ja ikä terveystarkastuksen aikaan	24
5.2 Toimenpide-ehdotusten jakauma	25
5.2.1 Toimenpide-ehdotusten kokonaismäärä ja jakauma henkilöä kohden	25
5.2.2 Toimenpide-ehdotukset kysymystä kohden	26
5.3 Toimenpide-ehdotusten toteutuminen	26
5.3.1 Toteutuneet toimenpide-ehdotukset kokonaisuudessaan ja henkilöä kohden	26
5.3.2 Toteutuneiden toimenpide-ehdotusten määrä kysymystä kohden	28
6 POHDINTA	31
6.1 Keskeiset havainnot	31
6.1.1 Aineiston edustavuus ja tulosten sovellettavuus	31
6.1.2 Tarkastuksissa tavallisimmin havaitut terveysriskit	31
6.1.3 Toimenpide-ehdotusten määrä	32
6.1.4 Toimenpide-ehdotusten toteutuminen	33
6.2 Huomioita nykyisestä tarkastuskäytännöstä	35
6.3 Nykyisen toimintamallin vaikutusmahdollisuudet	36
6.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	37
6.5 Lisätutkimusten tarve	38
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	39
7.1 Kohderyhmän terveys ja tarkastuksen yleiset seuraukset	39
7.2 Yleisimmät toimenpide-ehdotuksen aiheet	39

7.3 Yleisimmin toteutuvat toimenpide-ehdotukset	39
7.4 Yleisimmin toteutumatta jäävät toimenpide-ehdotukset.....	39
8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET	40
8.1 Tarkastusten suorittajien perehdyttämisen tehostaminen	40
8.2 Tarkastuksien herkkyyden ja hoitoon ohjaamisen tehostaminen.....	40
8.3 Kipua selvittävän kysymyksen lisääminen tarkastuslomakkeeseen	40
8.4 Toimenpide-ehdotusten toteutumisen seuranta.....	41
9 LÄHTEET	42
10 LIITTEET	44

1 JOHDANTO

Väestön ikääntymisestä tiedottaminen ja ikääntymisestä johtuvat yhteiskuntarakenteiden muutokset ovat olleet keskeinen puheenaihe viimeisen vuosikymmenen aikana. Erityisesti suurten ikäluokkien, eli toisen maailmansodan jälkeen syntyneiden henkilöiden eläköityminen on herättänyt kiivasta keskustelua ja pakottanut miettimään kauaskantoisia ratkaisuja. Niinpä erityisesti eläkeikäisten terveys ja heidän terveytensä edistäminen ovat olleet aktiivisen tutkimuksen kohteena jo pitkän aikaa. Ilmiö ei kuitenkaan suinkaan ole vain Suomeen rajoittuva, vaan vastaavalla tavalla myös monet muut maat ovat ryhtyneet selvittämään keinoja väestönsä terveyden turvaamiseksi. Erityisesti Tanskan rooli ikääntyneiden kotona suoritettavien terveystarkastusten kehittämisessä on ollut merkittävä, sillä jo vuonna 1996 Tanskassa säädettiin laki 75-vuotiaiden terveystarkastusten toteuttamisesta. Ajan mittaa ideologia on saanut jalansijaa muiden maiden tavoin myös Suomessa. (Häkkinen 2002). Vuonna 2011 voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa säädettiin, että kunnan tulee järjestää asukkailleen hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä edistäviä neuvontapalveluja (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. www.finlex.fi). Lisäksi säädöstä tarkennettiin vuonna 2012 voimaan tullessa laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystarpeista. Kyseinen laki velvoittaa kunnat järjestämään terveystarkastuksia tai hyvinvointia kartoittavia kotikäyntejä henkilöille, joilla voidaan tietoon tai kokemukseen perustuen olettaa esiintyvän palvelutarvetta lisääviä riskitekijöitä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystarpeista 28.12.2012/980. www.finlex.fi).

Huolimatta vasta hiljattain voimaan astuneesta laista, on Suomessakin kuitenkin toteutettu ikääntyneiden terveystarkastuksia jo vuosikymmenien ajan. Erityisesti Tampereella on merkittävä historia ennaltaehkäisevien kotikäyntien järjestämisestä, sillä jo 1980-luvulla kaupungin sairaaloiden ylilääkärinä toiminut geriatri Rauno Heikinheimo kehitti 85-vuotiaille toteutettavia ikäkausitarkastuksia. Heikinheimon työn jälkeen tarkastuksista kuitenkin luovuttiin Tampereella noin kahdeksi vuosikymmeneksi. Sen sijaan muualla Suomessa aloitettiin 2000-luvun alussa 80- ja 85 – vuotiaiden ikäkausitarkastuksia (Häkkinen 2002). Taustalla yleistyneeseen tarkastuskäytäntöön oli muun muassa ”Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille” – hanke (EHKO-hanke). Vuonna 2010 toteutetussa kyselyssä 146 kuntaa ilmoitti toteuttavansa terveyttä edistäviä kotikäyntejä (Väyrynen 2011). Tampereella iäkkäiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset aloitettiin uudelleen vuonna 2009 kaupunginvaltuuston myöntäessä budjettiin määrärahan 80-vuotisterveystarkastusten

toteuttamiseksi yhden kokopäiväisen kotisairaanhoidajan työpanoksella. Hankkeen tavoitteena oli ikääntyvän väestön terveyden edistämisen lisäksi myös tulevien lakisääteisten palvelujen turvaaminen.

Myönnetyn tuen avulla 80-vuotistarkastuksia on toteutettu vuodesta 2009 alkaen aina kunakin vuonna 80 vuotta täyttävälle kotona asuville Tamperelaisille. Tarkastuksiin on osallistunut vuosittain noin 400–600 henkilöä. Alusta alkaen tarkastusten tavoitteena on ollut kotona asumisen tukeminen ja terveydentilan kattava kartoittaminen strukturoidun kyselykaavakkeen avulla. Saatujen vastausten ja havaittujen terveysongelmien perusteella tarkastukseen osallistuneille on ehdotettu toimenpiteitä terveyden edistämiseksi ja kotona asumisen turvaamiseksi. Toimenpide-ehdotusten toteutumista ei kuitenkaan ole seurattu. Kyseisen tiedon puuttuminen loi perusteen tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Ennaltaehkäisevien kotikäyntien määritelmä ja perusteet

2.1.1 Ennaltaehkäisevän kotikäynnin määritelmä

Ennaltaehkäisevälle kotikäynnille ei löydy virallista määritelmää niin Suomesta kuin muistakaan maista, mutta termi on yleistynyt tarkoittamaan terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa kotona tehtävää tarkastusta, jolla pyritään edistämään hyvinvointia ja tukemaan iäkkäiden ihmisten kotona asumista

(<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/neuvontapalvelut/kotikaynnit/Sivut/default.aspx>, Löfqvist C ym. 2012). Laajemmin ajateltuna ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä voidaan pitää prosessina, jonka tavoitteena on luoda suhteita, joiden avulla ikäihmisen mahdollisuuksia hyvän ja itsenäisen elämisen toteutumiseen voidaan parantaa. Näin ollen kyseessä ei ole vain tavanomainen terveystarkastus, vaan laaja-alainen arvio, joka mahdollistaa monitasoisen preventiivisen toiminnan ja yleisen terveysneuvonnan. (Vass M, 2007)

2.1.2 Terveystarkastusten toteutus Suomessa ja muissa maissa

Suomessa iäkkäiden terveystarkastuksilla on pitkät perinteet, sillä jo 70-80 –luvuilla Tampereella järjestettiin 85-vuotiaiden ennaltaehkäiseviä terveystarkastuksia. Suuressa mittakaavassa toiminta kuitenkin käynnistyi ympäri Suomen 2000-luvun vaihteessa EHKO-hankkeen myötä (Häkkinen H, 2002).

Tampereen 80-vuotistarkastusten lomakkeessa on otettu mallia Espoossa 2000-luvun alussa kehitetystä tarkastusmallista. Kyseisessä tarkastusmallissa painotettiin tarkastuksen toteutuksen yksinkertaisuutta. Resurssien rajallisuuden vuoksi tarkastusmalli ei kuitenkaan päätenyt Espoossa pilottivaiheen jälkeen käyttöön. (Valvanne J 2016, henkilökohtainen tiedonanto)

Terveystarkastusten kansainvälisen vertailun vaikeus johtuu monilta osin siitä, ettei standardoitua toimintamallia ole. Niinpä käytännöt vaihtelevatkin huomattavasti eri maiden välillä. Laajaa kannatusta on kuitenkin saanut laaja-alaiseen geriatriseen arvioon perustuva toimintamalli. Säännöllisin aikavälein toteutettuna geriatrinen arviointi mahdollistaa toimintakyvyn laskun hidastamisen ja tarpeellisten interventioiden kohdentamisen (Stuck AE, 2002). Todennettu on

myös, että hoitohenkilökunnan geriatrinen ja gerontologinen kouluttaminen tuottaa osoitettavissa olevaa hyötyä (Vass M, 2007).

Tanskassa laki velvoittaa kunnat nimenomaan kotikäyntien tarjoamiseen kaikille vähintään 75-vuotiaille asukkailleen. Käynnit toteutetaan 2 kertaa vuodessa. Vuoteen 2005 asti tarkastukset kattoivat kaikki iältään kohderyhmään kuuluvat, mutta sittemmin tarkastuksien lakisääteisestä järjestämisestä päivittäistä kotiapua saaville henkilöille luovuttiin. (Vass M, 2007)

Tarkastusten toteuttamista kotikäyntien muodossa puoltaa muun muassa se, että tuomalla ennaltaehkäisevät palvelut kotiin, taataan myös heikkokuntoisimpien mahdollisuus osallistua tarkastuksiin. Tarjoamalla tarkastuksia vain kiinteässä paikassa altistuttaisiin riskille, että palvelua hyödyntäisivät vain voinniltaan hyväkuntoiset. (Seinelä L, 2012) Myös Löfqvist ym. toteavat tutkimuksessaan kotikäynnin olevan ensisijainen tarkastuksen toteutusmuoto. Lisäksi artikkelissa korostetaan, että tarkastukseen on tärkeää varata riittävästi aikaa. Kattavan arvion toteuttamiseen todettiin heidän tutkimuksessaan kuluvan noin 2 tuntia. Lisäksi he tuovat esiin, että useamman kuin yhden henkilön toteuttama käynti voi johtaa parempaan tulokseen. (Löfqvist C, 2012)

2.1.3 Perusteet ennaltaehkäisevien terveystarkastusten toteuttamiselle

Nykyisen lainsäädännön asettaman veloitteen lisäksi tarkastuksilla on useissa tutkimuksissa todettu monimuotoisia terveyttä edistäviä vaikutuksia. Lisäksi tarkastusten avulla voidaan havaita aiemmin havaitsematta jääneitä sairauksia, jotka vaativat hoitotoimenpiteitä. (Vass M, 2007) Koska iäkkäät sairastavat harvoin vain yhtä sairautta, ei yksittäisiin asioihin vaikuttaminen ole mielekäästä (Hallberg IR, Kristensson J 2004). Lisäksi tarkastuksiin osallistujat kokevat tarkastukset itse hyödyllisinä ja miellyttävinä (Seinelä L, 2012). Stuckin ym. laatimassa tutkimuksessa jopa 90 % kotikäyntejä vastaanottaneista henkilöistä piti käyntejä miellyttävinä ja 70 % koki niiden olleen hyödyllisiä (Stuck AE, 2000).

Terveyttä edistävien interventioiden toteuttamisen lisäksi terveystarkastuksilla voidaan ajatella olevan myös turvallisuuden tunnetta ylläpitävä vaikutus. Lisäksi kotikäynnit auttavat luomaan luottamusta terveystalvelujen vaikutusmahdollisuuksiin ja takaavat jatkuvan yhteydenpidon yksilön ja terveystalvelujen välillä. (Vass M, 2007, Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk) Monissa tapauksissa iäkkään henkilön ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteydenpito rajoittuu satunnaisiin reseptin uusimiskertoihin tai epäsäännöllisiin vuosikontrolleihin.

Tällainen toimintamalli ei mahdollista todellisten toimintakyvyn muutosten havaitsemista vaan voi johtaa vähittäiseen voimien heikkenemiseen, joka havaitaan vasta tilanteen akutisoituessa. (Aira M, 2007) Pahimmillaan toistuvasti kotonaan kaatuva tai hiljalleen muistinsa menettävä henkilö ei pääse jatkotutkimuksiin silloin kun asioiden kulkuun voitaisi vielä vaikuttaa (Huusko T, 2006).

Positiivisia vaikutuksia tavoitellaan nimenomaan muutosten varhaisen havaitsemisen ja seurannan säännöllistymisen myötä. Lisäksi kotikäynneillä tavoitetaan henkilöt, jotka eivät muuten kuuluisi säännöllisen seurannan piiriin. (Vass M, 2007).

2.2 Ennaltaehkäiseviä terveystarkastuksia käsittelevät aiemmat tutkimukset

Iäkkäille suunnatut ennaltaehkäisevät terveystarkastukset ovat olleet viimeisten vuosikymmenten ajan runsaan tutkimuksen kohteena. Lukuisten tutkimusten osoittamista positiivisista tuloksista huolimatta tarkastusten hyödyllisyydestä ei ole saavutettu selkeää yksimielisyyttä. Monien tutkimusten tulokset ovat keskenään ristiriitaisia ja vaikeasti vertailtavissa (Löfqvist C, 2012, Huss A, 2008). Aiheen tutkiminen itsessään näyttäytyy vaikeana ja niin satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia kuin meta-analyysejäkin on kritisoitu sopimattomiksi asetelmiksi aihetta tutkittaessa (Clark J, 2001). Tutkimukset keskittyvät pääasiassa valtioihin, joissa kotikäyntejä on toteutettu 1990-luvulta lähtien, pääasiassa siis Tanskaan ja Iso-Britanniaan. (Vass M, 2004, Elkan R. 2001). Kaikissa tutkimuksissa ei kuitenkaan ole tuotu täysin yksiselitteisesti esiin sitä, käsittelevätkö tarkastellut tutkimukset nimenomaan kotikäyntejä vai myös muussa muodossa toteutettuja terveystarkastuksia, mikä hankaloittaa tulosten suoraa vertailua.

2.2.1 Tarkastusten ikäryhmän valitsemisen haasteet

Otollisimman ikäryhmän löytäminen tarkastusten kohderyhmäksi näyttäytyy tutkimustiedon valossa hankalana. Eri tutkimuksissa tarkastuksiin osallistuneiden iät vaihtelevat aina hieman yli 60-vuotiaista yli 80-vuotiaisiin. Osassa tutkimuksista on todettu kuolleisuuden pienenenevän nuoremmalla kohderyhmällä, minkä lisäksi lähtötasoltaan parempivointisilla henkilöillä on todettu mahdollisuus toimintakyvyn paranemiseen (Stuck AE 2000, 2002). Toisaalta taas esimerkiksi Elkan ym. eivät meta-analyysissään havainneet eroa ikäryhmän suhteen. Kyseinen meta-analyysi sisälsi tutkimuksia, joissa terveystarkastuksia oli tehty tutkimuksesta riippuen 65-85-vuotiaille. Vanhemmilla ja huonomman lähtötason toimintakyvyn omaavilla tarvitaan tiiviimpää ja

intensiivisempää seurantaa, jotta toimintakyvyn alenemisen nopeuteen voidaan vaikuttaa merkittävästi. (Elkan R. 2001) Toisaalta nuoremmalle ikäryhmälle suunnattujen tarkastusten ongelmaksi muodostuu se, että tarkastettavaan joukkoon sisältyy aina suhteessa enemmän hyvävointisia henkilöitä, jotka eivät tarvitse interventioita (Seinelä L, 2012).

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että kotikäyntien myönteisiä vaikutuksia voidaan havaita ennen kaikkea 80-vuotiailla ja tätä vanhemmilla (Löfqvist C, 2012). Kyseisen tutkimuksen heikkoudeksi osoittautuu kuitenkin se, että otoksen sukupuolijakauma oli huomattavan miesvoittoinen, vaikka yleisesti ottaen yli 80-vuotiaiden joukossa on naisia runsaasti enemmän. Huss ym. havaitsivat katsauksessaan, että kuolleisuutta saadaan alennettua, kun tarkastukseen osallistuvien keski-ikä on 77 vuotta. Laitoshoitoon joutumisen tai toimintakyvyn säilymisen suhteen merkitsevää eroa ei kuitenkaan löytynyt ikäryhmien välillä. (Huss A ym. 2008)

2.2.2 Tarkastuksia toteuttava henkilöstö

Tanskassa kotikäynnit toteuttaa sairaanhoitaja, mutta tarpeen mukaan tarkastuksissa hyödynnetään moniammatillista työryhmää, johon kuuluvat muun muassa toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Lääkäri osallistuu tarkastuksiin harvoin. (Vass M, 2007) Samassa julkaisussa todetaan myös lukuisten eri maissa toteutettujen tutkimusten viittaavaan siihen, että tarkastuksen tekijän laaja-alainen ammatillinen osaaminen on tärkeää. Artikkelissa suositellaankin kotikäyntien toteuttajien huolellista koulutusta. Markle-Reid ym. havaitsivat tutkimuksessaan, että interventiot, joissa tarkastuksen toteuttanut hoitaja oli aktiivisessa roolissa, olivat tehokkaimpia (Markle-Reid M ym, 2006).

Tutkimuksessa, jossa Elkan ym. havaitsivat tarkastuksilla saavutettavan myönteisiä vaikutuksia, käsiteltiin vain terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamien tarkastuksia (Elkan R, 2001). Koska tarkastuksia toteuttavien henkilöiden koulutusta ei ole kansainvälisesti vakioitu, on osassa tutkimuksista käsitelty myös maallikkojen tai muiden kuin sairaanhoitajien toteuttamien tarkastusten vaikutuksia. Mayo-Wilson E. ym. selvittivät meta-analyysissään poikkeavatko muiden kuin sairaanhoitajien toteuttamat tarkastukset teholtaan sairaanhoitajien tarkastuksista. Vertailuryhmään kuului muun muassa fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Tuloksissa ei havaittu eroa, joskin kyseisen tutkimuksen tulokset viittaavat kokonaisuudessaan siihen, ettei ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä ole vaikutusta toteuttajasta riippumatta. (Mayo-Wilson E. ym. 2014) Vuonna 2013 toteutetussa tutkimuksessa Behm ym.

toteavat, että tarkastusta suorittavan terveydenhuollon ammattilaisen kompetenssi ja kyky tuoda keskeistä terveystietoa tutkittavalle ovat merkityksellisiä asioita, mutta itsessään haastattelijan koulutustausta ei ole merkittävää (Behm L. ym. 2013).

Huss ym. selvittivät katsauksessaan sitä, paransiko geriatriin osallistuminen tarkastusten tehokkuutta. Tutkimuksessaan he saivat viitteitä siitä, että geriatriin osallistuminen saattaa vähentää hoitokotiin joutumista ja viivästyttää toimintakyvyn heikkenemistä, mutta tulos ei ole tilastollisesti merkittävä luottamusvälin hajonnan vuoksi. (Huss A. ym. 2008) Yksin lääkärin toteuttamista terveystarkastuksista oli tätä kirjallisuuskatsausta tehtäessä varsin rajallisesti tutkimustietoa.

2.2.3 Tarkastusten kohdentamisen aiheellisuus

Myös kohdentamisen suhteen tutkimukset ympäri maailman tuottavat ristiriitaisia tietoja. Koska iän myötä alttius erinäisille terveysongelmille lisääntyy, on ennaltaehkäisevä terveystyö perusteltua henkilökohtaisista taustoista riippumatta. Lisäksi on osoitettu, että ikäihmiset hyötyvät ennaltaehkäisevistä terveystarkastuksista lähtötasosta riippumatta (Löfqvist C, 2012).

Tarkastuksista saatava hyöty ilmenee kuitenkin riskitasosta riippuen eri tavoin. Muun muassa Stuck ym. havaitsivat tutkimuksessaan, että alhaisen riskin henkilöt, joiden toimintakyky on lähtötilanteessa hyvä, voivat tarkastusten myötä saavuttaa jopa toimintakyvyn paranemista liikkumisen tasapainaisuuden kehittymisen myötä (Stuck AE, 2000). Samassa tutkimuksessa todetaan, että korkean riskin henkilöillä toimintakyvyn paranemista ei todettu. Yleisesti ottaen lähtötilanteessa terveydeltään heikompien kohdalla ennaltaehkäisevillä terveystarkastuksilla tavoitellaankin toimintakyvyn laskun hidastumista ja siten kotona pidempään selviytymistä (Löfqvist C, 2012). Ilmeisesti tämän saavuttaminen edellyttää kuitenkin tiiviimpää seurantaa ja vaikuttavampia toimenpiteitä kuin lähtötasoltaan terveempien kohdalla (Rubenstein, 2001).

Vuonna 2000 laatimassaan selvityksessä Stuck ym. arvioivat, että huonon toimintakyvyn tai korkean laitoshoidon joutumisen riskin omaavien henkilöiden kohdalla kotikäynnit saattavat olla jopa haitaksi ja jouduttaa laitoshoidon siirtymistä. Tämän vuoksi tutkijat esittävät, että korkean riskin henkilöille tulisi ennaltaehkäisevien kotikäyntien sijaan tarjota palvelukoordinaattorin ja kuntouttavan toiminnan yhdistelmää. (Stuck AE, 2000). Tämän perusteella kotikäyntien kohdentaminen matalan riskin omaaville henkilöille olisi perusteltua.

Edellä esitettyjen Stuckin ym. tutkimuksessa saatujen tulosten vastaisesti Elkan ym. toteavat meta-analyysissään, ettei ennaltaehkäisevien tarkastusten vaikuttavuudessa ollut eroa iän tai riskiryhmiin kuulumisen perusteella, vaan molemmissa ryhmissä voitiin havaita vähäisiä hyötyjä (Elkan R, 2001). Osoituksena eri tutkimuksista saatavista ristiriitaisista tuloksista van Haagstregt ym. totesivat meta-analyysissään vuonna 2000, ettei kotikäynneillä saatu merkittäviä tuloksia missään riskiryhmässä (van Haagstregt J, 2000). Riippumatta iästä tai edeltävän terveydentilan aiheuttamista riskeistä vaikuttaa siltä, että tarkastukset ovat kuitenkin perusteltuja suuren elämänmuutoksen, kuten puolison kuoleman yhteydessä (Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk).

2.2.4 Tarkastusten sisältö ja interventioiden kannalta keskeiset aiheet

Yleisesti ottaen ennaltaehkäisevissä tarkastuksissa on tärkeää keskittyä havaitsemaan ongelmia, joihin on olemassa hoitoa ja joihin puuttuminen on tarkoituksenmukaista (Seinelä L, 2012). Kuitenkin tarkastuksen yhteydessä on tärkeää keskittyä terveyden sijaan ennemminkin kokonaiskuvaan (Vass M. ym. 2007). Vass korostaakin, että arvion tulee olla moniulotteinen ja huomioida lääketieteellisten seikkojen lisäksi myös muita hyvinvointiin vaikuttavia asioita kuten itsemääräämisoikeuden toteutumista ja elämän mielekkään sisällön ylläpitämistä. Vastaavalla tavalla tarkastuksen yleisluontoisuutta korostetaan tanskalaisen AgeForumin julkaisussa (Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk).

Edellä mainitussa tanskalaisia terveystarkastuksia käsittelevässä julkaisussa Vass ym. toteavat kuitenkin, ettei nykyisen tutkimustiedon pohjalta ole täysin selvää, mitkä seikat johtavat terveyttä edistävään vaikutukseen. Näin ollen ei ole selvää minkälaisiin terveysongelmiin tarkastusten tulisi keskittyä. Tutkijat itse arvioivat, että muun muassa itsehoitoon tukeminen ja oman positiivisen terveyskokemuksen vahvistaminen auttavat terveyden edistämisessä. (Vass M. ym. 2007)

Useissa tutkimuksissa on todettu kotikäyntien olevan tehokkaimpia, silloin kun tarkastukset sisältävät laaja-alaiseen geriatriseen arvioon sisältyviä osa-alueita, tarkastukseen liitetään haastattelun lisäksi myös fyysisiä mittauksia ja kotikäyntejä tehdään useita kertoja (Huss A. ym. 2008). Näyttää on myös siitä, että tarkastuksia tulisi keskittää henkilöille, joiden kuoleman riski on matala (Bouman A ym. 2008b). Käytännöt tarkastusten konkreettisen sisällön suhteen vaihtelevat kuitenkin huomattavasti eri maiden välillä. Tanskassa tarkastusten painopiste on arjen toimintakyvyn kannalta keskeisissä haasteissa, ja tarkastuksen suorittajaa kuvataankin henkilöksi

joka havainnoi tutkittavan kykyjä itsenäiseen selviytymiseen. Käytännössä siis haastattelulla pyritään selvittämään tutkittavan vahvuuksia ja heikkouksia, sekä löytämään keinoja toimintakyvyn laskun estämiseen. Toki tarkastuksen yhteydessä selvitetään myös konkreettisia asioita, kuten käytössä olevan lääkityksen toteutumista, mutta pääpaino on yleisen selviytymisen tukemisessa. Keskeistä on myös, että tutkittavan positiivista kokemusta omasta terveydestä vahvistetaan. Suoranaista sairauksien seulontaa esim. osteoporoosin tai muistisairauksien suhteen ei toteuteta. (Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk)

Alankomaissa tarkastuksia suorittavat sairaanhoitajat, ja tarkastuksilla painotetaan terveysongelmien varhaista havaitsemista. Ainakin osassa tarkastuskäytännöistä hoitajien tehtäviin ei kuitenkaan kuulu kliinisen tutkimuksen suorittamista. (Bourman A ym. 2008) Aiemmin esitettyyn viitaten tämä vaikuttaa epätarkoituksenmukaiselta, siltä laajoissa tutkimuksissa kliinisen tutkimuksen on todettu olevan keskeisessä roolissa myönteisten vaikutusten aikaansaamisessa. Tarkastukset perustuvat strukturoituun haastatteluun ja tarvittaessa tutkittavat ohjataan tarkempiin tutkimuksiin toiselle terveysalan ammattilaiselle (Bourman A ym. 2008).

Vaikka käytännöt tarkastuksen konkreettisesta toteutuksesta vaihtelevatkin maiden ja alueiden välillä, pohjautuvat tarkastukset lähes poikkeuksetta strukturoituun kyselykaavakkeeseen. Kyselyn pohjalta kartoitettavia terveyden osa-alueita ovat muun muassa lääkitys, muisti, näkö ja kuulo sekä mieliala (Löfqvist C ym. 2012, Bouman A ym.2008a). Nyt toteutetun Tamperelaisten tarkastusten kyselykaavake vastaa siis sisällöltään varsin hyvin kansainvälisiä linjoja.

2.3 Tarkastuksien tulokset ja seuraukset Suomessa ja muissa maissa

Kuten edellisissä kappaleissa on esitetty, näyttö terveystarkastusten vaikuttavuudesta on yhä monin osin ristiriitaista. Tämän vuoksi myös nykyiset toimintamallit vaihtelevat maiden ja jopa maan sisäisten alueiden välillä huomattavasti. Käytäntöjen kirjavuuden ja tarkastusten sisällöllisen vaihtelun vuoksi ei eri maiden toimintamallien suora vertaileminen ole mahdollista (Löfqvist C, 2012). Lisäksi on ilmeistä, että kunkin maan käytännöissä pyritään huomioimaan oman väestön ja lainsäädännön erityispiirteet.

2.3.1 Seuraukset ja nykyiset käytännöt Suomessa ja muissa maissa

Suomessa ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä toteutetaan Tampereen lisäksi useilla muilla paikkakunnilla, muun muassa Raaseporissa (<http://www.raasepori.fi/vanhusten-huolto/ehkaiseva-kotikaynti>). Tampereella ennaltaehkäisevät tarkastukset keskitettiin 80-vuotiaisiin vuonna 2012, ja samalla 40-, 50- ja 70-vuotiaiden ikäkausitarkastuksista luovuttiin (http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2012/08/31082015_12.html). Hämeenlinnassa kotikäyntien järjestämisestä luovuttiin, kun toiminnan pohjalta laadittu Perttu Kaijansinkon tutkimus ”Iäkkäiden ennaltaehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa vuosina 2009 ja 2010” osoitti tarkastusten olevan tehottomia (Valvanne J, 2015, henkilökohtainen tiedonanto).

Terveystieteiden lakia täydentävä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista velvoittaa 2. luvun 12 §:ssä kunnat järjestämään ikääntyneille asukkailleen palveluja, joilla hyvinvointia uhkaavat terveystongelmat voidaan havaita varhain. Lisäksi palveluiden tulee tarjota ohjausta ja neuvontaa. Laki ei kuitenkaan velvoita kuntia toteuttamaan palveluita kotikäyntien muodossa, vaan kunnat saavat itse määrittellä sopivimman tavata vastata asetuksen sisältöön (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. www.finlex.fi). Käytössä olevia toimintamalleja ovat kotikäyntien lisäksi muun muassa kutsut laajoihin terveystarkastuksiin, erilaiset hoitajien säännölliset vastaanotot ja yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa järjestettävät tilaisuudet (<http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/tyoskentelyjaksot/salla-ikaantvrien-palveluiden-kehittaminen>).

Tanskassa ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä toteutetaan koko maassa samoilla periaatteilla kuin toiminnan alkaessa 90-luvulla. Vuosien mittaan tarkastuksia on kuitenkin pyritty kohdentamaan siten, etteivät päivittäistä kotiapiua vastaanottavat henkilöt kuulu tarkastusten piiriin (Vass M, 2007). Lisäksi tarkastuksien ulkopuolelle pyritään jättämään kaikkein heikkokuntoisimmat, sillä ennaltaehkäisyn mahdollisuus heikkenee toimintakyvyn alentuessa (Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk).

Kattavaa selvitystä siitä, mitkä maat tarjoavat ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ei ole tarjolla. Iso-Britannia luopui lakisääteisistä vuosittaisista tarkastuksista vuonna 2004, kun tutkimustiedon pohjalta ei voitu osoittaa tarkastuksien tuottavan selkeää hyötyä kaikille ikääntyneille tai edes vain

huonokuntoisimmille kohdistettaessa (Bouman A, 2008b). Todennäköistä on, että myös jossain muussa valtiossa on päädytty vastaavanlaisiin johtopäätöksiin, mutta tarkkaa tietoa asiasta ei voida tätä katsausta laadittaessa esittää.

2.3.2 Tarkastusten vaikutus kuolleisuuteen ja laitoshoitoon joutumiseen

Vuonna 2001 julkaistussa 15 tutkimuksen meta-analyysissä todettiin ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä olevan positiivisia terveysvaikutuksia. Meta-analyysin tutkimukset käsittelivät Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Tanskassa ja Alankomaissa toteutettuja tarkastuksia. Analyysin 15 tutkimuksesta vain kolmessa voitiin todeta laitoshoitoon joutumisen vähentyneen ja vain neljä tutkimusta osoitti kuolleisuuden olevan kotikäyntien myötä alhaisempi. Analyysissä ei kuitenkaan havaittu eroa sen suhteen kohdistettiinkö kotikäyntejä vain iän, riskiryhmän tai molempien perusteella. (Elkan R ym. 2001) Elkan ym. kuitenkin kommentoivat julkaisussaan, että aiheen tutkiminen on vaikeaa ja kenties keinot terveysvaikutusten havaitsemiseen eivät ole tarpeeksi tarkkoja, jotta pienetkin muutokset voitaisi todeta. Huss ym. havaitsivat tutkimuksessaan kuolleisuuden pienenevän tarkastusten kohdistuessa 77-vuotiaille (Huss A ym. 2008)

Suomessa vuonna 2002 julkaistussa tilastossa todettiin joka neljännen 85-vuotiaan asuvan laitoshoidossa (Helin 2002), ja väestön ikääntymisen jatkuessa on paine laitoshoitopaikkojen järjestämiseen yhä lisääntymässä. Suhteutettaessa tämä tieto edellä esitettyyn tutkimustietoon ennaltaehkäisevien tarkastusten avulla saavutettava vähäinenkin kotona selviytymisen tuki olla kokonaisuuden kannalta merkittävää. Bouman ym. korostavat kuitenkin erityisesti heikkokuntoisille suunnatun tutkimuksensa raportissa, että asian ratkaisemiseksi on syytä etsiä myös muita vaihtoehtoja (Bouman A ym. 2008b).

2.3.3 Tarkastusten kustannustehokkuus

Myös taloudellisen vaikutuksen kannalta tulokset ovat ristiriitaisia. Kuitenkin Stuck ym. totesivat vuonna 2002 tekemässään tutkimuksessa ennaltaehkäisevien tarkastusten tuottavan vähäistä hyötyä, ja että laitoshoitoon joutumisen estämiseksi oli tarkastuksia tehtävä 43 henkilölle. (NNT = 43). Keskimäärin, jotta tarkastuksilla voitiin vaikuttaa laitoshoitoon joutumiseen, tarvittiin henkilöä kohden vähintään 5 seurantakäyntiä, mutta vasta vähintään 9 seurantakäynnin myötä ero on tilastollisesti merkittävä. Tutkimuksessaan Stuck ym. arvioivat, että elinikäiset kustannukset yhden henkilön laitoshoidosta ovat noin 42 000 punttaa. Tämän pohjalta he laskivat, että mikäli yhden

kotikäynnin hinnaksi saadaan noin 1000 punttaa, on toiminta todennäköisesti kustannustehokasta. Tutkijat kuitenkin itsekin toteavat, ettei todellisten kulujen määrittäminen ole aivan suoraviivaista. (Stuck AE ym. 2002)

Tanskassa kotikäyntien on todettu olevan kustannusten suhteen neutraaleja (Vass M, 2007, Older people and preventive home visits (2006), www.aeldreforum.dk). Suomessa kustannustehokkuudesta ei löydy tutkimustietoa, mutta mitä todennäköisimmin Tanskan tilastot eivät tämänkään asian suhteen ole suoraan verrattavissa muihin maihin. Henkilökohtaisena tiedonantona saatiin tätä raporttia kirjoittaessa tietää Tampereella yhden kotikäyntejä toteuttavan terveydenhoitajan aiheuttamien vuosikustannusten olevan noin 40 000 euroa. Vastaavasti Tampereella ympärivuorokautisen laitoshoitopaikan vuorokausikustannus on noin 110 euroa (40 150 e/vuosi). (Seinelä L, 2017, henkilökohtainen tiedonanto), mikä tarkoittaa toiminnan olevan kustannusten suhteen neutraalia jo yhden laitoshoitopaikan estymisen myötä. Aiheesta ei kuitenkaan ole tutkimustietoa. Joka tapauksessa kustannustehokkuuteen tulee pyrkiä, sillä ennaltaehkäisyn keskeisiksi tavoitteiksi voidaan yleisesti nimetä inhimillisten arvojen lisäksi myös taloudellinen kannattavuus.

2.3.4 Tarkastusten maksullisuus ja osallistujien sitoutuminen toimintaan

Tanskassa kotikäynnit ovat kohderyhmälle ilmaisia. Vuonna 2007 julkaistun tiedon mukaan 60 % vähintään 75-vuotiaista tanskalaisista käytti mahdollisuutta vastaanottaa kotikäyntejä. Käyntien vastaanottaminen yleistyi ikääntymisen myötä. (Vass M, 2007)

Alankomaissa Boumanin ym. heikkokuntoisille kotona asuville suunnatussa tutkimuksessa toistuviin käynteihin sitoutui 95% kutsutuista. Kokonaisuudessaan kuitenkin vain 78 % osallistujista vastaanotti tutkimuksen suunnitelmaan kuuluneet vähintään 8 käyntiä. Käynnit olivat osallistujille maksuttomia ja tarkastusten ajankohdasta muistutettiin puhelimitse. Tarkastusten yhteydessä esitettyihin interventioihin sitoutui tutkimuksessa 61 % osallistujista, mikä on Boumanin ym. arvion mukaan enemmän kuin keskimäärin vastaavissa tutkimuksissa. Artikkelissa todetaan yleisen hoitoon ja interventioihin sitoutumisen olevan vastaavanlaisissa tutkimusasetelmissa keskimäärin 46-49 %, mutta tämän arvion lähdettä ei kyetä julkaisun pohjalta jäljittämään. (Bouman A ym. 2008a) Tutkimustietoa tarkastusten myötä esitettyihin toimenpiteisiin sitoutumisesta oli muuten varsin niukasti saatavilla, mikä toisaalta korostaa nykyisen tutkimuksen

ajankohtaisuutta. Suomesta tietoa tarkastuksiin tai esitettyihin toimenpiteisiin sitoutumisesta ei löytynyt tätä raporttia kirjoittaessa lainkaan.

2.3.5 Seurannan ja uusinta-arvioiden merkitys

Tanskassa kotikäyntien toteutuksessa arvioiden toistaminen ja säännöllisen seurannan järjestäminen muodostavat keskeisen osan. Kaksi kertaa vuodessa toteutettavat tarkastukset mahdollistavat luottamuksellisen suhteen syntymisen, mikä taas mahdollistaa avoimemman vuorovaikutuksen tarkastuksen suorittajan ja tarkastettavan välillä. (Vass M, 2007) Myös Löfqvistin ym. tutkimuksessa seuranta koettiin tärkeäksi (Löfqvist C, 2012). Stuck ym. taas totesivat vuonna 2002 tutkimuksessaan, että laitoshoidon joutumisen estäminen edellytti tiheää seurantaa, minkä vuoksi säännöllisiä uusinta-arvioita voidaan pitää tarkastusten toimivuuden kannalta hyvin keskeisinä (Stuck AE ym. 2002) Bouman ym. arvioivat, että tarkastuksen toteuttaneen hoitajan toimesta tehdyt seurantapuhelut voivat vaikuttaa myönteisesti suunniteltujen interventioiden toteutumiseen ja hoitoon sitoutumiseen (Bouman A ym. 2008a).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 80-vuotisterveystarkastuksissa ilmenevien terveysongelmien pohjalta ikääntyneiden tamperelaisten kokemusta omasta terveydestä sekä saada tietoa siitä, kuinka todennäköisesti tarkastusten yhteydessä laaditut toimenpide-ehdotukset toteutuvat. Perimmäisenä tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla terveyttä edistävä toiminta voi kehittyä palvelemaan paremmin väestön tarpeita.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä ovat yleisimmin 80-vuotisterveystarkastuksissa esille tulevat tarkempaa selvittelyä vaativat terveysongelmat?
2. Kuinka paljon selvittämättömiä terveysongelmia 80-vuotiailta ilmenee terveyttä edistävissä tarkastuksissa?
3. Miten hyvin terveyden edistämiseksi suunnitellut toimenpiteet toteutuvat?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Perus- ja tutkimusjoukko

Tämän tutkimuksen aineistoksi valittiin vuoden 2012 aikana 80-vuotisterveystarkastukseen osallistuneet henkilöt. Terveystarkastukset suoritettiin tällöin vuonna 1932 syntyneille henkilöille. Tarkastuksiin kutsuttiin kirjeitse 1230 henkilöä. Koska terveystarkoituksen tavoitteena on nimenomaan tukea kotona selviytymistä, ei tarkastuksia suoritettu henkilöille, jotka asuivat palveluasumisen piirissä. Tarkkoja lukuja siitä, kuinka moni tarkastuksiin kutsutuista asui palveluasumisessa, kieltäytyi tarkastuksista tai jäi tarkastusten ulkopuolelle muista syistä ei ollut käytettävissä. Kokonaisuudessaan tarkastuksiin osallistui 572 henkilöä, joista 7 kuitenkin kieltäytyi tietojensa käytöstä tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Näin ollen tarkasteltavaan aineistoon valikoitui 565 henkilöä.

4.2 Aineiston kerääminen

4.2.1 Terveystarkastusten toteutus

Terveystarkastukset toteutettiin kotikäynteinä aikavälillä 8.2.2012 – 25.3.2013. Näin ollen osa haastatelluista oli siis tarkastuksen suorituspäivänä täyttänyt jo 81 vuotta ja vastaavalla tavalla osa tutkituista ei ollut vielä haastattelupäivänä täyttänyt 80 vuotta.

Kotikäyntejä toteutti Pegasos-potilastietojärjestelmästä nähtävien kirjausten perusteella ainakin kolme eri terveyden-/sairaanhoitajaa. Kaikkien tarkastuksiin osallistuneiden henkilöiden sairauskertomuksista ei kuitenkaan löytynyt kirjausta tarkastuksesta, joten on mahdollista, että jäljittämättä jääneiden tarkastusten toteuttaja on ollut joku muu kuin yksi kolmesta varmennetusta henkilöstä. Varmistetut tarkastusten toteuttajat toimivat Tampereen kaupungin kotiavun alaisuudessa. Kotikäynti toteutettiin tutkittavan kanssa etukäteen sovittuna ajankohtana ja tarkastuksen sisällöstä ja tarkoituksesta annettiin tiedote ennen tarkastuksen toteutusta. Tarkastuksen toteutukseen oli varattu aikaa noin 2 tuntia.

4.2.2 Tarkastusten kyselykaavake ja toimenpide-ehdotusten laatiminen

Terveystarkastukset toteutettiin hyödyntäen strukturoitua ”Terve 80” – kyselykaavaketta (Liite 1). Kyselyssä kartoitetaan haastateltavan terveyttä moniulotteisesti huomioiden fyysisen terveyden lisäksi myös mielenterveys ja sosiaalinen toimintakyky. Kyselyn toteutus ei edellyttänyt mittausten tai testien tekemistä, vaan mahdolliset mittaukset ja tarkemmin tilannetta kartoittavat tutkimukset tehtiin saatujen vastausten pohjalta laadittujen toimenpide-ehdotusten niin edellyttäessä. Pääpainona kartoituksessa on havaita terveysongelmia, jotka voivat tulevaisuudessa johtaa kotona selviytymisen vaarantumiseen.

”Terve 80” –kyselykaavake koostuu 18 kysymyksestä, joista jokaisessa on 2-5 vastausvaihtoehtoa luokissa 1-5. Tarkastuksen suorittaja valitsee vastauksen kategorian saadun vastauksen perusteella. Saatu vastausluokka toimii perusteena toimenpide-ehdotuksen laatimiselle. Toimenpide-ehdotukset on luokiteltu vastausvaihtoehtoja vastaavasti luokkiin 1-5. Protokollan mukaisesti vastausvaihtoehdon ja toimenpide-ehdotuksen luokkien tulee vastata toisiaan.

Kyselykaavakkeessa toimenpide-ehdotuksien sisältö vaihteli kysymyksittäin. Kuitenkin toimenpideluokka 1 vastasi jokaisessa kysymyksessä tietopaketin antamista. Muiden vastausluokkien toimenpide-ehdotuksiin kuului muun muassa ohjaaminen omalääkärille, erikoissairaanhoidon tai ryhmätoimintaan.

4.2.3 Tutkimukseen valitut toimenpideluokat

Tässä tutkimuksessa toteutumista päädyttiin selvittämään vain sellaisista toimenpide-ehdotuksista, jotka edellyttivät jatkotoimenpiteitä Tampereen kaupungin palvelujärjestelmässä. Koska tietopaketit annettiin tarkastusten yhteydessä, ei niitä luokiteltu jatkotoimenpiteitä edellyttäviin ehdotuksiin. Siten tutkimuksessa huomioitiin vain toimenpide-ehdotukset, jotka kuuluivat kategorioihin 2-5. Osassa kysymyksistä kuitenkin myöskään kategorian 2 vastaukset eivät edellyttäneet jatkotoimenpiteitä, jolloin näiden kysymysten kohdalla huomioitiin vain vastausluokat 3-5.

4.2.4 Tarkastusten tulosten kokoaminen

Tarkastuksissa kerätyt vastaukset koottiin Excel-asiakirjaan, jossa yhdelle välilehdelle kerättiin tulokset absoluuttisessa numeerisessa muodossa (esimerkiksi käytössä olevien lääkkeiden lukumäärä, vuoden aikana tapahtuneiden kaatumisten lukumäärä yms.), mikäli kysymyksen aihe mahdollisti numeerisen ilmiön. Toiselle välilehdelle tiedostoon kirjattiin saadun vastauksen perusteella asetettu kategorisoitu vastaus, joka kysymyksestä riippuen sai arvon 1-5. Kysymyksissä, joissa vastaus ei ollut ilmaistavissa absoluuttisessa numeerisessa muodossa (mielialan lasku, kotona selviytymisen arviointi yms.) taulukkoon kirjattiin absoluuttisen vastauksen pohjalta asetettu kategorisoitu vastaus, joka kysymyksestä riippuen sai arvon 1-5. Vastausten pohjalta laaditut toimenpide-ehdotukset kirjattiin vastaavalla tavalla numeerisessa muodossa Excel-tilaukkaan. Yhdelle välilehdelle koottiin luokitellut vastaukset ja luokitellut toimenpide-ehdotukset. Tämä taulukko sisälsi tutkimuksen toteutuksen kannalta keskeisimmät tiedot.

Tutkittujen henkilöiden tunnistetiedot koottiin salasanalla suojattuun Excel-tiedostoon, tilastoanalyysien toteutuksessa käytettiin tunnistetiedoista erilleen koottua tiedostoa, josta ilmenivät vain tutkittavan henkilön vastaukset. Henkilötiedot sisältävää tiedostoa hyödynnettiin vain sairaskertomusmerkintöjen selvittämisen yhteydessä, sillä toimenpide-ehdotusten toteutuminen jäljitettiin potilastietojärjestelmästä sosiaaliturvatunnuksen perusteella.

4.3 Toimenpide-ehdotusten toteutumisen arviointi

4.3.1 Toteutumisen selvittäminen

Toimenpide-ehdotusten toteutumista selvitettiin Pegasos-potilastietojärjestelmästä, joka on Tampereen kaupungin terveystietojärjestelmän pääasiallinen tietojärjestelmä. Ennen sairaskertomustekstien lukemista selvitettiin kuitenkin tarkastusten tiedot sisältävästä Excel-tiedostosta, kuinka monen henkilön kohdalla 80-vuotisterveystarkastus oli johtanut tutkimuksen kannalta keskeisten toimenpide-ehdotusten esittämiseen. Käytännössä siis tarkastuksissa kerätyn tiedon sisältävästä Excel-tilaukasta etsittiin henkilöt, jotka olivat saaneet valikoituja toimenpide-ehdotuksia (kysymyksestä riippuen luokat 2-5). Heidän sairaskertomuksistaan etsittiin tietoa esitettyjen toimenpiteiden toteutumisesta. Taulukon aineistosta kävi ilmi, että toimenpide-

ehdotuksia oli tehty 258 henkilölle. Sairaskertomustekstejä ei luettu henkilöiltä, jotka eivät tarkastusten yhteydessä olleet saaneet tilastotutkimuksen kannalta keskeisiä toimenpide-ehdotuksia.

Kaikki tutkimusaineistoon hyväksytty henkilöt arvioitiin tilastoanalyysissä intention to treat –periaatteen mukaisesti. Perusteena toimintatavalle toimi ajatus siitä, että kirjaamatonta tapahtumaa ei voi todeta tapahtuneeksi. Mikäli tutkittavan henkilön potilastiedoista ei löytynyt kirjausta tarkastuskäynnin toteutuksesta, mutta Excel-tilukosta löytyi tieto henkilön vastauksista, luokiteltiin kaikki ehdotetut toimenpiteet toteutumattomiksi. Vastaavalla periaatteella tulkittiin myös toimenpide-ehdotusten toteutumattomuus niillä henkilöillä, joilla tarkastuksen käyntiteksti oli luettavissa, mutta tämän jälkeen ehdotetut toimenpiteet toteutuneeksi luokitteleva käyntiteksti puuttui. Toteutuneeksi toimenpide-ehdotus luokiteltiin, mikäli Pegasoksen kirjauksessa oli mainittu käynnin syyksi 80-vuotisterveystarkastuksessa ilmennyt ongelma, käyntiteksti oli suunnitellulla erikoisalan näkymällä ja toimenpiteen edellyttämä tapahtuma toteutui kuuden kuukauden kuluttua tarkastuksen ajankohdasta. Perusteena seuranta-ajan rajaamiseen sovellettiin Suomessa yleistä hoitotakuuta, joka rajaa erikoissairaanhoidon pääsemisen aikarajaksi kuusi kuukautta (Terveystietolaki 1326/2010). Potilastietojärjestelmästä saadut tiedot koottiin erilliseen Excel-tilukoon, joka ei sisältänyt henkilöiden tunnistetietoja.

4.3.2 Toimenpide-ehdotusten toteutumistietojen kokoaminen

Potilastietojärjestelmästä löytyvien kirjausten perusteella koottiin Excel-taulukko toimenpide-ehdotusten toteutumisesta. Mikäli toimenpide voitiin luokitella toteutuneeksi, kirjattiin matriisiin 1, mikäli ei, kirjattiin matriisiin lukuarvo 0. Jos kysymykseen liittyen ei ollut ehdotettu tutkimuksen kannalta keskeistä toimenpide-ehdotusta, jätettiin matriisin solu tyhjäksi. Näin muodostuvan taulukon pohjalta voitiin myöhemmin laatia tilastollisia analyysejä IBM SPSS-tilastotyökalua hyödyntäen. Toteutumistiedon lisäksi erilliseen taulukkoon koottiin tieto 80-vuotisterveystarkastuksiin osallistuneiden sukupuolijakaumasta. Sosiaalityrkytunnuksien pohjalta laadittiin taulukko, jossa mies merkittiin arvolla 1 ja nainen arvolla 0.

Edellä mainittujen taulukoiden lisäksi laadittiin vielä erillinen taulukko 80-vuotisterveystarkastuksen toteuttamispäivästä toimenpide-ehdotusten toteutumista selvittävään analyysiin osallistuneilta 258 henkilöltä. Tämän tiedon ja henkilön syntymäajan perusteella voitiin laskea henkilön ikä tarkastuksen toteuttamishetkellä. Edelleen tiedot, joiden pohjalta henkilön tunnistaminen olisi mahdollista, säilytettiin salasanalla suojatussa asiakirjassa.

4.4 Tilastolliset menetelmät

Tietojen kokoamisen yhteydessä laadittujen Excel-taulukoiden sisällöt syötettiin IBM SPSS – ohjelmaan. Ohjelman avulla selvitettiin aineiston jakauman tunnuslukuja sekä laadittiin kuvaajia ja taulukoita tulosten kannalta keskeisistä muuttujista. Koska terveystarkastuksessa käytetty kysely johtaa kategorisoituihin vastauksiin, käsiteltiin aineiston tunnuslukuja myös tilastanalyseissa kategorisina muuttujina. Tunnuslukujen pohjalta ei tässä tutkimuksessa ole tarkoituksena esittää tilastollisia merkitsevyyksiä.

5 TULOKSET

Tässä tutkimuksessa analysoidusta 258 henkilöstä 34 henkilön kohdalla kirjausta kotikäynnin toteutuksesta ei voitu jäljittää Pegasos-tietojärjestelmästä. Näistä 22 tapausta johtui ilmeisesti kirjaamisen unohtumisen tai teknisen syyn takia. 12 tapauksessa henkilön sosiaaliturvatunnus oli kirjattu väärin tutkimuksen runkona toimineeseen Excel-taulukkoon, minkä vuoksi potilastietojen löytäminen tutkijatunnuksin ei ollut mahdollista. Kaikki nämä tapaukset on kuitenkin sisällytetty tilastoanalyysiin, kuten kohdassa 4.3 on esitetty. Todennäköisimmin väärin kirjatun sosiaaliturvatunnuksen taustalla on inhimillinen erhe.

5.1 Aineiston sukupuolijakauma ja ikä terveystarkastuksen aikaan

Aineistossa miehiä oli 192 (34,0 %) ja naisia 373 (66,0 %). Ikäjakauma selvitettiin kokoamalla taulukkoon tarkastuksen päivämäärä niiltä 258 henkilöltä, joille tarkastuksessa oli esitetty tutkimuksen kannalta keskeisiä toimenpide-ehdotuksia. Kuitenkin tämän osion alussa esitettyjen syiden vuoksi 34 tapausta jouduttiin jättämään tämän laskelman ulkopuolelle. Jäljelle jääneiden 224 henkilön ikäjakauman tunnuslukuja on esitetty taulukossa 1

Taulukko 1: Ikäjakauman tunnuslukuja

Lukumäärä	224
Mediaani	80 v 2 kk
Moodi	79 v 10 kk
Minimi	79 v 2 kk
Maksimi	81 v 2 kk

Iät määritettiin kokonaisten kuukausien tarkkuudella. Saatujen lukuarvojen perusteella aineiston ikäjakauma vaikuttaisi olevan hyvin lähellä normaalijakaumaa. Keskiarvoksi saatiin 80,1 vuotta ja mediaaniksi 80 v 2 kk, minkä perusteella voidaan todeta tarkastusten kuvaavan kohtuullisen tarkasti henkilöiden terveyttä juuri 80 vuoden täyttämisen aikaan.

5.2 Toimenpide-ehdotusten jakauma

5.2.1 Toimenpide-ehdotusten kokonaismäärä ja jakauma henkilöä kohden

Aineiston 565 henkilölle esitettiin yhteensä 492 toimenpide-ehdotusta. Esitetyt toimenpiteet jakautuivat yhteensä 258 henkilölle. Toimenpide-ehdotuksia esitettiin samalle henkilölle enimmillään 8 kappaletta (2 tapausta), mutta valtaosalle (307 henkilöä, 54,3 %) tutkimukseen osallistuneista ei esitetty yhtään toimenpide-ehdotusta. Keskimäärin toimenpide-ehdotuksia esitettiin 0,9 terveystarkastukseen osallistunutta henkilöä kohden. Taulukoissa 2 ja 3 on esitetty toimenpide-ehdotusten jakauman tunnuslukuja

Taulukko 2: Toimenpide-ehdotusten jakauman tunnuslukuja

Tutkittuja yhteensä	565
Ehdotusten kokonaismäärä	492
Keskiarvo	0,8708
Mediaani	0
Moodi	0
Minimi	0
Maksimi	8

Taulukko 3: Toimenpide-ehdotusten jakauma henkilöä kohden

Toimenpide-ehdotukset/hlö	Lukumäärä	Osuus (%)	Kumulatiivinen osuus (%)
0	307	54,3	54,3
1	126	22,3	76,6
2	72	12,7	89,4
3	37	6,5	95,9
4	12	2,1	98,1
5	7	1,2	99,3
6	2	,4	99,6
8	2	,4	100,0
Yhteensä	565	100,0	

5.2.2 Toimenpide-ehdotukset kysymystä kohden

Kysymysten välillä toimenpide-ehdotusten lukumäärä vaihteli välillä 4-93. Eniten ehdotuksia tehtiin suun terveyttä käsittelevässä kysymyksessä 13.2 ja vähiten yksinäisyyttä käsittelevässä kysymyksessä 11. Toimenpide-ehdotuksia tehtiin runsaasti (n = 75) myös kodin ulkopuolista toimintakykyä kartoittavassa kysymyksessä 2. Taulukossa 4 on esitetty toimenpide-ehdotusten jakauma kysymyksittäin.

Taulukko 4: Toimenpide-ehdotusten lukumäärä kysymystä kohden (kysymykset liite 1)

Kysymyksen nro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	13.2	14	16	18	19
Lukumäärä	16	75	33	25	7	31	13	29	11	35	4	20	18	93	51	6	15	10

5.3 Toimenpide-ehdotusten toteutuminen

5.3.1 Toteutuneet toimenpide-ehdotukset kokonaisuudessaan ja henkilöä kohden

Kokonaisuudessaan 210 toimenpide-ehdotusta esitetyistä 492:sta voitiin jäljittää Pegasos-kirjausten perusteella toteutuneeksi. Saatujen lukuarvojen perusteella voidaan laskea, että 42,7 % esitetyistä toimenpide-ehdotuksista toteutui. Enimmillään toimenpiteitä toteutui henkilöä kohden 5.

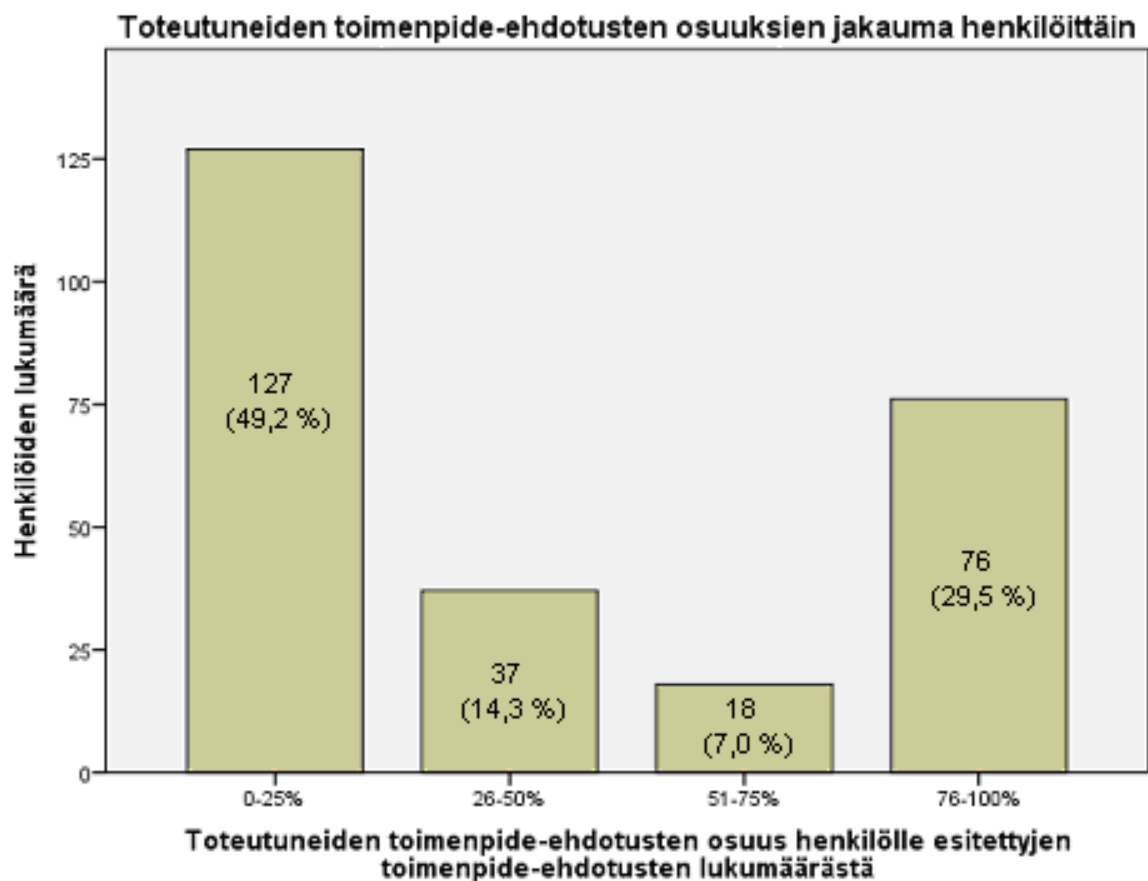
Keskimäärin aineistosta voitiin havaita, että saman henkilön kohdalla toteutui yleensä vain osa esitetyistä toimenpiteistä. 100 % toimenpide-ehdotuksista toteutui henkilöillä, joille esitettiin enintään 4 toimenpide-ehdotusta. Heikoimmin aineistossa toimenpiteet toteutuivat henkilöillä, jolle oli esitetty 8 toimenpide-ehdotusta, mutta näistä yhtäkään ei voitu jäljittää, koska henkilötiedot sisältävään Excel-tilaukseen oli kirjattu virheellinen henkilötunnus. Aineistosta löytyi kuitenkin myös henkilöitä, joilla ei useista toimenpide-ehdotuksista ja huolellisista kirjauksista huolimatta voitu todeta yhdenkään toimenpiteen toteutuneen. Taulukko 5 esittää toteutuneiden toimenpide-ehdotusten määrän jakaumaa toimenpide-ehdotuksia saaneita henkilöitä kohden.

Taulukko 5: Toteutuneiden toimenpide-ehdotusten lukumäärä henkilöä kohden

Toteutuneiden ehdotusten lkm	Tapausten lukumäärä	%-osuus	Kumulatiivinen %-osuus
0	124	48,1	48,1
1	87	33,7	81,8
2	27	10,5	92,3
3	13	5,0	97,3
4	5	1,9	99,2
5	2	0,8	100,0
Yhteensä	258	100,0	

Saatujen tunnuslukujen pohjalta voidaan todeta, että 258 toimenpide-ehdotuksia saanutta henkilöä kohden toteutui 0,8 toimenpide-ehdotusta. Koko aineiston 565 henkilöä kohden toteutui näin ollen 0,4 toimenpide-ehdotusta.

Kuten todettua, aineistosta voitiin havaita, että keskimäärin henkilön kohdalla toteutui vain osa suunnitelluista toimenpiteistä. Asian tarkemmaksi selvittämiseksi toimenpiteitä saaneet henkilöt luokiteltiin neljään luokkaan sen mukaan, kuinka suuri osuus esitetyistä toimenpiteistä voitiin jäljittää toteutuneeksi.



Kuva 1: Toimenpide-ehdotuksia saaneet henkilöt (n = 258) luokiteltuna toteutuneiden toimenpide-ehdotusten osuuden mukaan

Kuvan 1 mukaisesti voitiin havaita, että 63,5 %:lla henkilöistä toteutui enintään puolet ehdotetuista toimenpiteistä. Jopa 29,5 %:lla henkilöistä toimenpiteistä toteutui kuitenkin vähintään 76%.

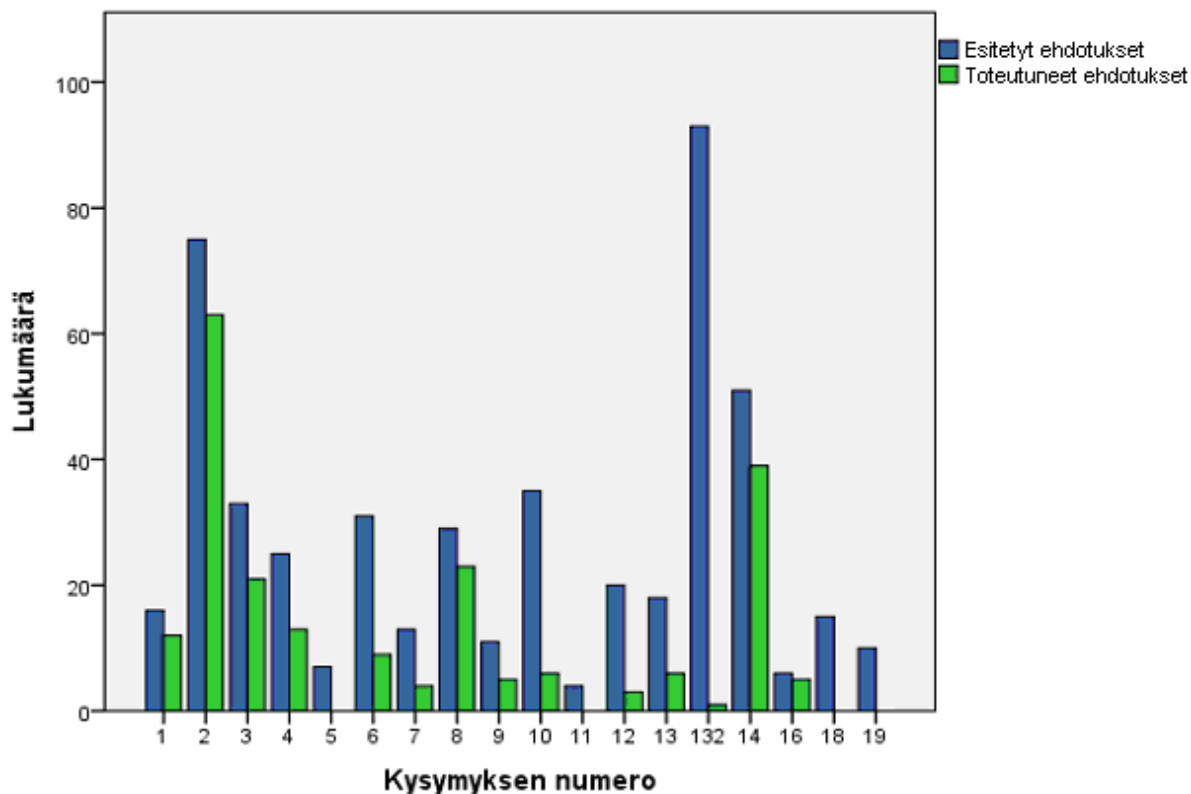
5.3.2 Toteutuneiden toimenpide-ehdotusten määrä kysymystä kohden

Kysymyksiä kohden tarkasteltaessa toimenpide-ehdotusten toteutuminen kuvautui taulukon 6 ja kuvan 2 kaltaisesti.

Taulukko 6: Esitetyt ja toteutuneet toimenpide-ehdotukset kysymyksittäin

Kysymyksen nro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	132	14	16	18	19
Ehdotukset lkm	16	75	33	25	7	31	13	29	11	35	4	20	18	93	51	6	15	10
Toteutuneet lkm	12	63	21	13	0	9	4	23	5	6	0	3	6	1	39	5	0	0
Toteutuneet (%)	75,0	84,0	63,6	52,0	0	29,0	30,8	79,3	45,5	17,1	0	15,0	33,3	1,1	76,5	83,3	0	0

Esitetyt ja toteutuneet toimenpide-ehdotukset kysymyksittäin



Kuva 2: Toimenpide-ehdotukset ja toteutuneet toimenpiteet kysymyksittäin

Toimenpide-ehdotuksia toteutui sekä lukumäärällisesti että suhteellisesti eniten avuntarpeen kartoitusta koskevassa kysymyksessä (kysymys 2, 63 kpl/84 %). Runsaasti toimenpiteitä toteutui myös lääkkeiden käyttöön liittyvässä kysymyksessä (kysymys 14, 39 kpl/76,5 %) ja muistin heikentymisen selvittämiseen liittyen (kysymys 8, 23 kpl/79,3 %). Toimenpide-ehdotusten määrään suhteutettuna runsaasti toteutuneita tapahtumia oli myös tarvittaessa käytettäviin lääkkeisiin liittyen (kysymys 16, 5 kpl/83,3 %).

Yli puolet toimenpide-ehdotuksista toteutui myös yleistä terveyden kokemista kartoittavassa kysymyksessä (kysymys 1, 12 kpl/75 %), ulkona liikkumisen sujuvuuden selvittämisen yhteydessä (kysymys 3, 21 kpl/ 63,6 %) sekä kaatumisia selvittävässä kysymyksessä (kysymys 4, 13 kpl/52 %).

Alle puolet ehdotetuista toimenpiteistä voitiin jäljittää toteutuneiksi uloste- ja virtsainkontinenssia selvittävissä kysymyksissä (kysymykset 6 ja 7) sekä masennusta seulovissa kysymyksissä 9, 10 ja 11. Näkö- ja kuuloaistin heikentymistä selvittävissä kysymyksissä 12 ja 13 voitiin toteutuneiksi jäljittää enintään kolmasosa toimenpide-ehdotuksista.

Heikoimmin toimenpide-ehdotukset toteutuivat aliravitsemusta ja alkoholinkäyttöä selvittävissä kysymyksissä, joista yhdessäkään ei voitu todentaa yhdenkään toimenpiteen toteutuneen. Koska

hammaslääketieteen käyntitekstit eivät ole nähtävissä Pegasos-tietojärjestelmässä, saatiin suun terveyttä koskevassa kysymyksessä 13.2 jäljitettyä vain 1 (1,1 %) toimenpide-ehdotus toteutuneeksi.

6 POHDINTA

6.1 Keskeiset havainnot

6.1.1 Aineiston edustavuus ja tulosten sovellettavuus

Tutkimusaineiston sukupuolijakauma painottui naisiin (33,98 % miehiä, 66,02 % naisia). Verrattaessa sukupuolijakaumaa Tilastokeskuksen tietoihin vuodelta 2010, voitiin aineiston kuitenkin todeta kuvaavan kyseisen ikäryhmän rakennetta varsin hyvin. Vuonna 2010 Suomessa oli vähintään 80-vuotiaita henkilöitä 255 912, joista miehiä oli 81 205 (31,7 %) (Väestörakenne 2010, Tilastokeskus). Näin ollen tulokset soveltuvat arvioitaviksi myös kansallisella tasolla.

6.1.2 Tarkastuksissa tavallisimmin havaitut terveysriskit

Valtaosalle tutkituista (54,3 %) ei esitetty lainkaan toimenpide-ehdotuksia. Merkittävimpiä havaittuja terveysriskejä olivat suun terveyden ongelmat, kotona selviytymisen vaikeudet ja monilääkitykseen liittyvät ongelmat.

Alankomaissa toteutetussa tutkimuksessa toimenpiteitä esitettiin 91 %:ssa tarkastuksista. Usein havaittuja terveysongelmia olivat liikuntakyvyn ongelmat, näön ja kuulon heikentyminen sekä psykologiset ja sosiaaliset vaikeudet. Havaittujen ongelmien pohjalta tutkituille järjestettiin mahdollisuus asiantuntijan vastaanottoon, annettiin terveysneuvontaa tai tietoa aiheesta. (Bouman A ym.2008a)

Myös Löfqvistin ym. toteuttamassa ruotsalaisessa tutkimuksessa useimmin havaituiksi terveysongelmiksi korostuivat kuuloaistin heikentyminen ja liikkumisen vaikeudet. Muita monesti esiin nousseita terveysongelmia olivat kipu ja toistuvat kaatumiset. (Löfqvist C ym. 2012) Edellä esitellyn Alankomaalaisen tutkimuksen kaltaisesti terveysongelmia havaittiin enemmän henkilöillä, joiden terveydentila ennen tarkastuksia oli heikoin.

6.1.3 Toimenpide-ehdotusten määrä

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan havaita, että keskimäärin tarkastuksissa ei esitetä toimenpide-ehdotuksia, sillä 54,3 %:lle tutkituista ei esitetty lainkaan toimenpide-ehdotuksia. Tämä herättää kysymyksen, että ovatko tarkastukset nykyisessä muodossaan kannattavia, jos useimpien henkilöiden kohdalla seurauksena ei ole jatkotoimenpiteitä. Kyseisen seikan taustat jäävät kuitenkin epäselviksi. Kyse voi olla siitä, että tarkastuksen kohderyhmä on väärin perustein valittu, mikä johtaa siihen, että tarkastuksiin osallistuu runsaasti hyvävointisia henkilöitä. Toisaalta kyse voi myös olla siitä, että nykyisessä muodossaan tarkastusten herkkyys on liian pieni eivätkä kysymykset erottele joukosta interventioita tarvitsevia yksilöitä riittävän varmasti. Tämä taas johtaisi siihen, että toimenpide-ehdotuksia tehtäisi vähemmän kuin todellisuudessa tarvitsisi. Toki kyse voi olla myös siitä, että tamperelaisten ikäihmisten terveys on todellisuudessa niin hyvällä tasolla, ettei toimenpiteille ole tarvetta. Toisaalta ennaltaehkäisevät kotikäynnit täyttävät lailla säädetyn velvollisuuden tarjota Tampereen kaupungin asukkaille ennaltaehkäiseviä ja terveysneuvontaa sisältäviä palveluja (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. www.finlex.fi).

Löfqvistin ym. Ruotsissa toteuttamassa tutkimuksessa todettiin tarkastusta edeltävän terveydentilan vaikuttavan havaittujen terveysriskien määrään. Tutkimuksessa osallistujat luokiteltiin sen mukaan, kykenivätkö he ADL-toimintoihin itsenäisesti. Toimintakyvyltään heikoimmilta henkilöiltä löydettiin kotikäyntinä toteutetussa terveystarkastuksessa keskimäärin 6,5 toimenpiteitä vaativaa terveysongelmaa, kun taas kaikista toimista itsenäisesti selviytyvillä vastaava määrä oli 2,5. (Löfqvist C, 2012) Tulos ei tietenkään ole suoraan verrattavissa nykyisessä tutkimuksessa saatuun tulokseen, mutta osoittaa sen, että kenties Tampereenkin terveystarkastuksissa voitaisiin havaita vielä nykyistä enemmän toimenpiteitä vaativia terveysongelmia. Löfqvistin tutkimuksen heikkoudeksi täytyy kuitenkin esittää otoksen pienuus ($n = 16$) ja miesvoittoiseksi vääristynyt sukupuolijakauma (13/16). Tutkimus kohdennettiin vähintään 80-vuotiaille.

Boumanin ym. Alankomaissa toteuttamassa heikkokuntoisille ikääntyneille suunnatussa tutkimuksessa terveysongelmia havaittiin keskimäärin 10 ja toimenpiteitä esitettiin 11 henkilöä kohden. (Bouman A ym. 2008a) Verrattaessa tätä nykyisessä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin voidaan todeta, että tarkastusten kohdentaminen lähtötilanteessa heikkokuntoisemmille johtaa havaittavien terveysongelmien lukumäärän kasvuun. Boumanin ym. tutkimuksessa ei kuitenkaan

saavutettu tarkastusten avulla merkittävää terveyttä edistävää hyötyä, joten tämänkään pohjalta ei yksiselitteisesti voida sanoa, että kohdentaminen heikkokuntoisille olisi tarkastusten tavoitteen kannalta hyödyllistä.

6.1.4 Toimenpide-ehdotusten toteutuminen

Tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että tarkastuksissa havaittiin useasti tarve hammaslääkärin vastaanottoon. 93 henkilöä (16,5 %) ohjattiin hakeutumaan hammaslääkärille, mutta käyntien toteutumista ei voida tämän tutkimuksen yhteydessä arvioida, koska hammaslääkärikäyntien kirjaukset eivät ole nähtävissä Pegasos-tietojärjestelmässä. Joka tapauksessa vaikuttaa siltä, että tarkastuksen avulla voidaan tehokkaasti havaita henkilöt, joiden suun terveyden hoitamisessa on tarvetta interventioon.

Hammaslääkärikäyntien tietojen puuttumisen vuoksi tutkimuksessa saadut toimenpide-ehdotusten toteutumista kuvaavat luvut ovat luultavimmin todellista alhaisemmat. Nyt saatu tulos 42,68% pitää siis sisällään oletettavasti paljon tapauksia, joissa hammaslääkärillä on käyty, mutta tieto tästä ei ole ollut saatavilla tutkimuskäyttöön. Mikäli analyyseistä jätettäisiin pois kysymys 13.2, saataisi toteutuneiden toimenpiteiden osuudeksi 52,4 %.

Saadun tuloksen suhteuttaminen kansainvälisiin tuloksiin olisi mielekästä, mutta aiheesta on tarjolla hyvin niukasti tutkimustietoa. Myös Markle-Reid ym. pohtivat julkaisussaan, että lähes poikkeuksetta ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä käsittelevissä tutkimuksissa jätetään esittelemättä tarkastukseen osallistuneiden komplianssia kuvaavat faktat (Markle-Reid M, 2006). Ilmeisesti asiaa on kuitenkin selvitetty, sillä Bouman ym. esittävät julkaisussaan, että kansainvälisissä tutkimuksissa sitoutuminen terveystarkastuksien jälkeisiin hoitokontakteihin tai -ohjeisiin on 46-49 % (Bouman A ym. 2008a). Artikkelissa esitettyjä lukuja ei kuitenkaan tätä raporttia kirjoitettaessa kyetty jäljittämään artikkelin lähdeviitteiden perusteella. Tähän vertailuarvoon suhteutettuna nykyisen tutkimuksen tarkastuksista seuranneet toimenpiteet toteutuvat hieman kansainvälistä keskiarvoa heikommin, tai suun terveyteen liittyvien toimenpide-ehdotusten poissulkemisen jälkeen hieman vertailuarvoa paremmin. Lienee selvää, että tarkastuksiin osallistuneiden sitoutumista toimenpiteisiin voidaan Tampereella kuitenkin parantaa, sillä Boumanin tutkimuksessa saavutettiin komplianssiksi 61 %. Tutkijat itse arvioivat, että toistuvien tarkastusten välillä toteutetut muistutuspuhelut ovat saattaneet johtaa kansainvälistä tasoa parempaan hoitoon sitoutumiseen. (Bouman A ym. 2008a)

Kuten edellä on esitetty, tutkimusaineistossa voitiin havaita tapauksia, joissa tarkastuksessa saatuja vastauksia on tulkittu epäjohdonmukaisesti. Tällainen tarkastusprotokollasta poikkeaminen on mahdollisesti johtanut aiheettomien toimenpide-ehdotusten esittämiseen tai mahdollisesti aiheellisten toimenpide-ehdotusten esittämättä jäämiseen. Tämä taas heikentää tarkastusten mahdollisuuksia havaita keskeisiä ongelmia. Ilmiö ei kuitenkaan vaikuta olevan ainutlaatuinen, sillä myös Markle-Reid ym. toteavat tutkimuksessaan, että tietoa siitä kuinka tarkasti tarkastuksia suorittava henkilökunta noudatti protokollaa ei useimmiten ollut käytettävissä. Näin ollen hekin toteavat, että mahdolliset poikkeavuudet ohjeiden noudattamisessa heikentävät tarkastusten havaittavaa tehokkuutta. (Markle-Reid M, 2006)

Tässä tutkimuksessa ei arvioitu sukupuolen vaikutusta toimenpide-ehdotusten toteutumiseen. Maailmalla tutkimuksissa on havaittu, että ennaltaehkäisevän kotikäynnin toteuttamisen jälkeen naisten toimintakyky oli seuranta-ajan jälkeen kontrolliryhmää parempi, kun taas miehillä vastaavaa tulosta ei havaittu (Vass ym. 2004). Tutkimuksen puitteissa ei myöskään selvitetty sitä vaikuttaako toimenpide-ehdotuksen toteutumiseen se, varaako vastaanotto- tai tutkimusajan tarkastuksen suorittanut hoitaja vai tarkastettu henkilö. Vuoden 2012 jälkeen toimintaa on kehitetty siten, että vastaanottoajat varaa poikkeuksetta hoitaja. Markle-Reidin ym. artikkeliin viitaten voidaan todeta, että hoitajan aktiivisuus vaikuttaa suunnitellun intervention tehokkuuteen (Markle-Reid M, 2006). Näin ollen ajanvarauksen toteuttaminen hoitajan toimesta parantaneekin toimenpide-ehdotusten toteutumista.

Toimenpiteiden toteutumisen kannalta on mielenkiintoista pohtia vaikuttaako lähtötilanteen terveys kykyyn sitoutua esitettyihin toimenpiteisiin. Nykyisessä tutkimuksessa ei suoranaisesti kartoitettu lähtötason terveyttä, mutta esitettyjen toimenpiteiden lukumäärän voisi olettaa korreloivan terveydentilaan, sillä muun muassa Löfqvistin ja Boumanin toteuttamien tutkimusten pohjalta heikomman lähtötason terveyden voidaan todeta lisäävän havaittujen terveysongelmien määrää. Kummassakaan tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty vaikuttiko lähtötason terveys seurannasta häviämiseen tai hoitoon sitoutumiseen. (Löfqvist C ym. 2012, Bouman A ym. 2008a) Joka tapauksessa Löfqvist ym. painottavat, että interventiot tulee suunnitella yksilöllisesti eikä yleistä mallia voida laatia pelkästään lähtötason terveyden perusteella (Löfqvist C, 2012). Nykyinenkään tutkimus ei anna suoraa vastausta siihen, miten lähtötason terveys vaikuttaa toimenpiteiden toteutumiseen. Aineistosta löytyy runsaasti henkilöitä, joilla usea toimenpide toteutui, mutta toisaalta monesti yksittäisetkään toimenpiteet eivät toteutuneet. Näin ollen syy kuvassa 1 esitettyyn aineiston jakautumiseen jää toistaiseksi selvittämättä.

Tämän tutkimuksen puitteissa ei myöskään kyetä varmuudella selvittämään sitä, kuinka suuri osa ehdotetuista toimenpiteistä jäi toteutumatta sen takia, ettei jatkosuunnitelmaa selitetty riittävän yksiselitteisesti. Pegasos-kirjauksista ilmeni harvoin millä tavoin jatkosuunnitelma ja toimenpide-ehdotusten käytännön toteutus on selitetty terveystarkastukseen osallistuneelle. Näin ollen on mahdollista, että osa toteutumattomista toimenpiteistä selittyy sillä, ettei henkilö ole tiennyt, miten asian suhteen tulisi toimia tai mistä ajanvaraus tulisi tehdä.

6.2 Huomioita nykyisestä tarkastuskäytännöstä

Masennusta seulovat kysymykset 9-11 näyttäytyvät tutkimuksen perusteella eri tehoisina, sillä kysymys nro 11 ei vuonna 2012 tuottanut yhtään toteutunutta toimenpide-ehdotusta. Myös esitettyjen toimenpide-ehdotusten oli suuria eroja näiden kysymysten välillä. Kysymys 10 tuotti peräti 35 toimenpide-ehdotusta kun kysymyksessä 11 ehdotuksia tehtiin vain 4. Useimmiten masennuksen piirteitä havaittiin vain yhdessä näistä kysymyksistä. Koko aineistossa vain yksi tapaus sai toimenpide-ehdotuksen kaikista kolmesta kysymyksestä, mutta toimenpiteet jäivät toteutumatta. Kokonaisuudessaan GDS tehtiin valitettavan harvoin ja selvästi alle puolet havaituista tapauksista päätyivät jatkoselvittelyihin. Kenties tarkastuskäytäntöä voisi muuttaa siten, että kysymysten 9-11 tilalla esitettäisiin Prime-MD:n 2 kysymyksen seula masennuksen havaitsemiseksi. Mikäli vähintään toiseen seulan kysymykseen saataisiin myöntävä vastaus, tehtäisiin jatkotoimenpiteenä GDS. Kahden kysymyksen seulan kysymykset ovat:

1. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?
2. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

(Depressio. Duodecim, Käypä hoito -suositus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>)

Nykyisessä muodossaan Tampereen 80-vuotisterveystarkastukset eivät huomioi kipua toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä rajoittavana tekijänä. Ruotsalaisessa tutkimuksessa kipua kuitenkin osoittautui yhdeksi yleisimmistä terveysongelmista (Löfqvist C ym. 2012), joten kenties tulevaisuudessa kyselykaavaketta voidaan muokata kattamaan myös kyseinen terveyden osa-alue.

6.3 Nykyisen toimintamallin vaikutusmahdollisuudet

Nykyisessä toimintamallissa on monia vahvuuksia, kuten riittävä ajankäyttö, terveysongelmien tehokas havaitseminen ja kohdeväestön hyvä kattavuus. Merkittäväksi heikkoudeksi tämän tutkimuksen pohjalta osoittautuu kuitenkin tarkastuksissa saatujen vastausten epäjohtonmukainen tulkinta. Syitä henkilöiden vastausten ja heille esitettyjen toimenpiteiden yhteensopimattomuuteen ei voida jälkikäteen jäljittää, mutta ilmiön voidaan tutkimuksessa havaita aiheuttavan sekä aiheettomia toimenpide-ehdotuksia että tarpeellisten toimenpide-ehdotusten puuttumisia. Vaikka tämän tutkimuksen tavoite ei ollutkaan selvittää esitettyjen toimenpide-ehdotusten aiheellisuutta, vaikuttavat epätäsmällisin perustein tehdyt päätökset tilastollisiin tuloksiin.

Aiheettomasta toimenpiteestä esimerkkinä toimii tapaus, jossa tutkittava on tuonut ilmi olevansa tyytyväinen elämäänsä, mutta on saanut masennusta kartoittavassa kysymyksessä vastauksen 3. Näin ollen henkilö olisi tullut ohjata ryhmätoimintaan. Henkilö ei kuitenkaan ole myöhempien tietojen perusteella hakeutunut ryhmään, joten toimenpide on tulkittu toteutumattomaksi. On todennäköistä, että henkilö, joka ei itse ole havainnut ongelmaa, on oleellisesti haluttomampi toteuttamaan muutoksen kuin henkilö, joka itsekin on havainnut vaikeuden. Vastaavanlaisia tapauksia löytyi aineistosta muutamia. Havainto nostaa esiin kysymyksen siitä, johtaako usean tarkastuksia toteuttavan henkilön hyödyntäminen vaihteleviin tulkintoihin osallistujien terveydestä tai pitäisikö tarkastusten suorittajien perehdytys olla parempaa. Kenties myös tutkittujen ohjaamisessa jatkotoimenpiteisiin on parannettavaa. On kuitenkin todennäköistä, etteivät kaikki tutkitut ole halukkaita sitoutumaan esitettyihin toimenpiteisiin ohjaamisen laadukkuudesta huolimatta, sillä Boumanin ym. tutkimuksessakin hoitoon sitoutumisen tasoksi saatiin 68 % toistuvista muistutuksista ja kannustuksesta huolimatta (Bouman A ym. 2008a)

Potilastietojärjestelmän kirjausten ja tarkastusten tiedoista kootun Excel-tilaukon perusteella voitiin havaita joissakin tapauksissa esitetyn toimenpide-ehdotuksen olleen alimitoitettu vastaukseen nähden. Esimerkiksi muutaman tutkitun kohdalla oli saatu selville, että henkilö on kaatunut viimeisen vuoden aikana useaan kertaan, mutta jatkotoimenpiteitä ei ole ehdotettu, vaikka tarkastusprotokollan mukaan vastauksen olisi tullut johtaa ohjaamiseen KAAOS-klinikalle ja ortostaattisen kokeen suorittamiseen. Vastaavalla tavalla usea tutkittava toi ilmi kärsivänsä inkontinenssista, mutta toimenpide-ehdotusta asian suhteen ei laadittu. Niinpä on luultavaa, että tällaisesta protokollasta poikkeamisen vuoksi toimenpide-ehdotuksia olisi toteutettujen käyntien puitteissa voitu tehdä runsaamminkin kuin nyt analysoidut 492 kappaletta. Joka tapauksessa on ilmeistä, että tarkastusten vaikuttavuus kärsii siitä, ettei ohjeistusta noudatettu.

Kyselykaavakkeen protokollasta poikettiin myös muissa tapauksissa. Esimerkiksi puhekuulo- ja lukutestit jätettiin tarkastuksien yhteydessä systemaattisesti tekemättä. Myöskään AUDIT:ia ei toteutettu yhdellekään tutkittavalle, vaikka vastauksista on käynyt ilmi potilaan runsas alkoholinkäyttö. Tarkastuksia suorittaneen terveydenhoitajan kanssa keskustellessa kävi ilmi, että toimenpide-ehdotuskaavaketta onkin tutkimuksen aloittamisen jälkeen muokattu sen vuoksi, etteivät protokollan suunnitelmat vastanneet käytäntöä, vaan toiminnassa poikettiin systemaattisesti laaditusta suunnitelmasta muun muassa juuri puhekuulo- ja lukutestien kohdalla.

6.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää otoksen laajuutta. 565 tutkittavaa edustivat kattavasti Tampereen kotona asuvia 80-vuotiaita. Lisäksi otokseen kuului sekä miehiä että naisia. Tutkimuksen vahvuudeksi voidaan luokitella myös käytetyn kyselylomakkeen kattavuus, sillä kyselyn 18 kysymystä selvittävät kattavasti erilaisiin geriatriisiin oireyhtymiin liittyviä oireita.

Koska 80-vuotistarkastusten tavoite on toimia ennen kaikkea ennaltaehkäisevinä toimenpiteinä, ei tutkimukseen ole otettu mukaan palvelukodeissa tms. asuvia henkilöitä. Tarkastusten ja tehtyjen toimenpiteiden tavoitteena on tukea iäkkäiden kotona selviytymistä. Tämä taas tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuminen on edellyttänyt riittävää toimintakykyä. Näin ollen kotona asuminen on toiminut sisäänottokriteerinä ja vähentänyt riskiä valikoitumisharhaan. Toisaalta tämän seikan vuoksi tutkimuksen tuloksia ei tietenkään voida yleistää koskemaan koko ikäryhmää.

Tuloksen rajoittuvan yleistettävyyden lisäksi tutkimuksen heikkouksina voidaan pitää muun muassa riippuvuutta terveystarkastuksen toteuttaneen henkilön tekemiin kirjauksiin. Koska tarkastuksia on suorittanut useampi henkilö, vaihtelivat myös kirjauskäytännöt, mikä johti ajoittaisiin tulkintavaikeuksiin. Lisäksi valitettavan monen henkilön kohdalla käyntitekstejä ei löytynyt ollenkaan Pegasoksen sairaskertomuslehdeltä, mikä johti automaattisesti tutkimuksessa siihen, että kyseisen henkilön kohdalla toimenpide-ehdotusten toteutumista ei voitu arvioida.

Tutkimuksen suurimmaksi heikkoudeksi paljastui vain yhden tietojärjestelmän hyödyntäminen toimenpide-ehdotusten toteutumisen jäljittämisessä. Tutkimuksen suunnittelun yhteydessä ei otettu huomioon sitä, että muista Tampereen kaupungin terveystietopalveluista poiketen suuren terveyden hoitoyksiköt eivät käytä Pegasos-tietojärjestelmää. Epäilemättä hammaslääkärikäynneistä olisi voitu löytää tietoa eri potilastietojärjestelmien kautta ja samalla myös mahdolliset yksityisen sektorin

kautta toteutuneet toimenpiteet olisi saatu tietoon. Toisaalta terveystarkastuksien yhteydessä haastatellut henkilöt ohjattiin nimenomaan Tampereen kaupungin terveystarkastuspiiriin toimenpiteiden suorittamiseksi, joten tässä mielessä yksityisellä puolella toteutunut tapahtuma voitaisi luokitella joka tapauksessa kaupungin kannalta toteutumattomaksi. Toki yksityisvastaanotolle hakeutumisen syiden selvittäminen voisi auttaa kaupunkia oman palvelurakenteen organisoinnissa ja lisäresurssien kohdentamisessa.

6.5 Lisätutkimusten tarve

Tässä tutkimuksessa ei selvitetty esitettyjen toimenpide-ehdotusten lukumäärän tai toteutumisen eroa sukupuolten välillä. Kyseisen asian selvittäminen mahdollistaisi tulosten laajemman yleistettävyyden lisäksi myös tarkastusten ja toimenpide-ehdotusten paremman kohdentamisen.

Tuloksien yleistettävyyttä rajoittaa myös se, että tämän tutkimuksen puitteissa ei ole selvitetty tutkittavien sosioekonomista tai koulutuksellista taustaa, joiden on kattavasti todettu lukuisissa tutkimuksissa vaikuttavan terveyteen myös eläkeiässä. Näin ollen tulevien tutkimusten kannalta olisi mielekästä selvittää vaikuttavatko edellä mainitut seikat toimenpide-ehdotusten lukumäärään ja toteutumiseen. Kokonaisuudessaan syyt, miksi toimenpide-ehdotukset jäävät toteutumatta kaipaavat lisätutkimusta. Aiheesta ei ole juurikaan tutkimustietoa myöskään muiden maiden tarkastusten osalta.

Tätä raporttia kirjottaessa voidaan todeta 80-vuotistarkastusten olevan mukana myös Tampereen vuoden 2016 ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessin vuosisuunnitelmassa (http://www.tampere.fi/tiedostot/i/kQTiKzXSf/iki_vuosisuunnitelma2016.pdf). Kuitenkin tarkastuksia suorittavaa kotisairaanhoidaja haastateltaessa kävi ilmi, että tarkastusten toteuttamiskäytännöt ja toimenpide-ehdotuksiin johtavat rakenteet ovat muuttuneet tutkimuksen toteutuksen aikana. Näin ollen tästä tutkimuksesta saatava tieto ei ole enää kaikilta osin täysin sovellettavissa tarkastusten nykyiseen toteutusmuotoon. Tästä syystä toimenpiteiden toteutumista selvittävän tutkimuksen toistaminen tarkennettuna on aiheen. Silti tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa muun muassa tarkastukseen käytettävien resurssien ja kotikäyntien sisällön suunnittelussa. 80-vuotistarkastuksien toteuttaminen vaatii tulevaisuudessa lisäresursseja, sillä väestöennusteiden mukaan yli 80-vuotiaiden määrä tulee yli kaksinkertaistumaan vuoteen 2060 mennessä (Tilastokeskus, 2015).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Kohderyhmän terveys ja tarkastuksen yleiset seuraukset

Tampereen 80-vuotiaat voivat pääosin hyvin. Ikäkausitarkastuksessa ei yli puolelle henkilöistä ole tarpeen esittää toimenpide-ehdotuksia terveyden edistämiseksi.

7.2 Yleisimmät toimenpide-ehdotuksen aiheet

Nykyinen tarkastuskäytäntö havaitsee tehokkaasti suun terveyden ongelmakohdat, kotona selviytymisen vaikeudet ja muistin heikentymisen. Yleisin toimenpide-ehdotus liittyy suun terveyteen, toimenpiteiden toteutumista ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa kyetty jäljittämään tietojärjestelmään liittyvän syyn vuoksi

7.3 Yleisimmin toteutuvat toimenpide-ehdotukset

Palvelujärjestelmä kykenee toteuttamaan ehdotetut toimenpiteet parhaiten kotiavun järjestämisessä ja lääkkeiden turvallisen käytön turvaamisessa. Myös muistitutkimusten käynnistäminen on tehokasta.

7.4 Yleisimmin toteutumatta jäävät toimenpide-ehdotukset

Heikoimmin nykyinen tarkastuskäytäntö mahdollistaa avun saamisen päihteiden käyttöön, masennukseen tai inkontinenssiin liittyen. Myös näkö- ja kuuloaistin ongelmien havaitsemisessa ja niihin liittyvässä hoitoon ohjaamisessa on puutteita.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

8.1 Tarkastusten suorittajien perehdyttämisen tehostaminen

Nykyisessä muodossaan terveystarkastuksia ei toteuta suunniteltujen ohjeiden mukaan.

Tarkastuksia suorittavien hoitajien paremmalla perehdytyksellä voitaisi välttyä väärin perustein tehdyiltä tai tekemättä jääneiltä toimenpide-ehdotuksilta sekä puuttuvilta kirjauksilta.

8.2 Tarkastuksien herkkyuden ja hoitoon ohjaamisen tehostaminen

Erityisesti päihteiden käyttöön, masennukseen ja inkontinenssiin liittyvien kysymysten kohdalla ongelmien havaitseminen ja hoitoon ohjaaminen ovat heikolla tasolla. Myös näkö- ja kuuloaistiin liittyvissä kysymyksissä ongelmien havaitseminen ja hoitoon ohjaus ovat puutteellisia.

Masennusta seulovien kysymysten tilalle ehdotetaan käytettäväksi Prime-MD:n 2 kysymyksen seula. Näkö- ja kuuloaistia, inkontinenssia sekä päihteiden käyttöä seulovien kysymysten osalta suositellaan tarkastusten toteuttajien parempaa perehdyttämistä tarkastuksen ohjeisiin. Nykyisessä käytännössä seulovat tutkimukset kuten AUDIT, puhekuulo- ja lukutestit jäävät toteuttamatta. Inkontinenssin havaitseminen ja hoitoon ohjaaminen vaativat ilmeisesti tarkastuksen suorittajalta nykyistä aktiivisempaa asiaan puuttumista.

8.3 Kipua selvittävän kysymyksen lisääminen tarkastuslomakkeeseen

Kipu on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu yleiseksi toimintakykyä haittaavaksi ongelmaksi. Nykyinen tarkastuslomake ei sisällä kipuun liittyviä kysymyksiä, joten suositellaan kyselylomakkeen muuttamista.

8.4 Toimenpide-ehdotusten toteutumisen seuranta

Terveystarkastus yksinään ei vaikuta takaavan toimenpide-ehdotusten toteutumista, joten suositellaan seurantakäynnin järjestämistä. Mahdollisuuksien mukaan seurannan voisi toteuttaa kotikäyntinä, jolloin tarkastuksen suorittanut henkilö saisi tiedon toimenpiteiden toteutumisesta. Mikäli kotikäynnin toistaminen ei ole mahdollista, voisi seurannan toteuttaa myös esimerkiksi puhelimitse.

Jatkotutkimuksissa suositellaan useamman potilastietojärjestelmän hyödyntämistä toimenpiteiden toteuttamisen kartoittamisessa. Toisaalta, mikäli terveystarkastus sisältäisi myös seurannan, saataisi tieto toimenpiteiden toteutumisesta koostettua samaan järjestelmään kuin tarkastuksen toteutustiedot.

9 LÄHTEET

Aira M. Kesäomaisten tarkistuskäyntien sijaan vanhuksillekin säännölliset terveystarkastukset. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 35/2007.

Behm L, Dahlin-Ivanoff S ym. Preventive home visits and health – experiences among very old people. BMC Public Health 2013, 13: 378 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/378>

Bouman A, van Rossum E ym. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. Journal of the American Geriatrics Society: 2008a, 56(3), 397-404

Bouman A, van Rossum E, Nelemans P ym. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. MC Health Services Research 2008b, 8:74, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/74>

Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. BMJ 2001;323:708.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M ym. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;323:719-24.

Helin S: Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa: Voimavarat vanhuudessa, s. 35-67. Toim. Heikkinen E, Marin M. Tammi, Vammala 2002.

http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_fi.html

Huss A, Stuck AE ym. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2008, Vol. 63A, No. 3, 298–307

Huusko T. Mitä geriatri tekee? Duodecim 2006;122:1469–70.

Häkkinen H. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille: kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto 2002.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. www.finlex.fi. Luettu 16.12.2016

Löfqvist C ym. First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality. Journal of Aging Research Volume 2012, Article ID 352942

Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J ja Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev 2006;63:531-69.

Mayo-Wilson E, Grant S ym. (2014) Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 9(3): e89257. doi:10.1371/journal.pone.0089257

Older people and preventive home visits (2006) Odense: AgeForum, pp 1–45, www.aeldreforum.dk

Rubenstein LZ ja Stuck AE. Preventive home visits for older people: Defining criteria for success. Age Ageing 2001;30:107-9.

Seinelä L. Tamperelaisten 80-vuotta täyttävien terveystarkastukset. 2012

Stuck AE, Egger M ym. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and metaregression analysis. JAMA 2002;287:1022-8.

Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I ym. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med 2000;160:977-86.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. www.finlex.fi. Luettu 20.10.2016

Tilastokeskus: Väestöennuste 2015.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaenn/010_vaenn_tau_101.px/?rxid=4d27497a-da3d-465c-85b8-869875089dc0

van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP ja Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000;320:754-8.

Vass M ym. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. Scand J Prim Health Care 2004;22:106-111.

Vass M ym. Preventive home visits to older people in Denmark. Z Gerontol Geriat 40:209-216, 2007.

Väyrynen R. Ikääntyneiden palvelut 2010 – Kuntakyselyn osaraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.

www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/neuvontapalvelut/kotikaynnit/Sivut/default.aspx

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>

www.raasepori.fi/vanhusten-huolto/ehkaiseva-kotikaynti

www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/ajankohtaista/tiedotteet/2012/08/31082015_12.html

www.tampere.fi/tiedostot/i/kQTlKzXSf/iki_vuosisuunnitelma2016.pdf.

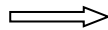
10 LIITTEET

Liite 1. Terveyskysely ja jatkotoimenpideohjeet vuonna 2012 Jatkotoimenpiteet

TERVEYSKYSELY TOIMENPITEET

**1. Millaiseksi olette kokenut
terveydentilanne viimeisen 3
kuukauden aikana?**

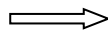
1. Pidän itseäni terveenä
2. Pidän itseäni melko terveenä
3. Pidän itseäni sairaana



1. Tietopaketti
2. Jos tarkastuksissa ei tule esille erityisiä riskitekijöitä niin annetaan tietopaketti
3. Syy epäselvä ja/tai sairaus ei ole hoidossa, ohjataan omalääkärille

**2. Miten selviydte kodin
ulkopuolisten asioiden hoitamisesta
(raha-asiat, laskujen maksu, kaupassa
käynti jne.)?**

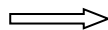
1. Kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen sujuu ongelmitta
2. Tarvitsen joskus tukea ja apua asioiden hoitamisessa
3. Tarvitsen usein tukea ja apua asioiden hoitamisessa



1. Tietopaketti
2. Avuntarpeen kartoitus. Yhteys tarvittaessa KH:oon.
3. Avuntarpeen kartoitus. Yhteys tarvittaessa KH:oon.

**3. Miten ulkona liikkuminen sujuu?
(apuvälineen kanssa tai ilman)**

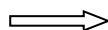
1. Liikun ulkona vaivatta
2. Ulkona liikkuminen tuottaa lieviä vaikeuksia
3. Ulkona liikkuminen tuottaa huomattavia vaikeuksia tai ei onnistu ilman toisen apua lainkaan



1. Tietopaketti
2. Jos syy epäselvä, omalääkärille. Jatkossa mahdollisesti kuntosaliharjoittelu tai fysioterapia
3. Jos syy epäselvä, omalääkärille. Jatkossa mahdollisesti kuntosaliharjoittelu tai fysioterapia

**4. Oletteko kaatunut viimeisen puolen
vuoden aikana?**

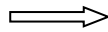
1. En ole kaatunut kertaakaan
2. Olen kaatunut kerran
3. Olen kaatunut useita kertoja



1. Tietopaketti
2. Jos syy epäselvä ja/tai kaatumisen pelko ja alentunut toimintakyky => KAAOS. Ortostaattinen koe.
3. Jos syy epäselvä => KAAOS. Ortostaattinen koe.

5. Oletteko laihtunut tahtomattanne viimeisen 3 kuukauden aikana?

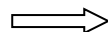
1. En ole laihtunut viime aikoina
2. Painoni on laskenut hieman
3. Olen laihtunut yli 3 kg



1. Tietopaketti
2. MNA => tuloksen mukaan omalääkärille tai tietopaketti
3. MNA => tuloksen mukaan omalääkärille tai tietopaketti

6. Onko teillä virtsankarkailua?

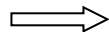
1. Ei ole
2. Virtsankarkailua on harvoin
3. Virtsankarkailua on usein



1. Tietopaketti
2. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille.
3. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille.

7. Onko teillä ulosteen pidätysvaikeutta?

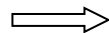
1. Ei ole
2. Ulosteenkarkailua esiintyy ajoittain
3. Uloste karkailee usein



1. Tietopaketti
2. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille
3. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille

8. Minkälainen on muistinne?

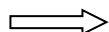
1. Muistini on ikääni nähden hyvä
2. Muistini on huonontunut
3. Muistini on erittäin huono



1. Tietopaketti
2. MMSE. Jos <25 ja ei dg, ohjataan omalääkärille.
3. MMSE. Jos <25 ja ei dg, ohjataan omalääkärille.

9. Onko mielialanne muuttunut viime aikoina masentuneeksi?

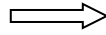
1. Mielialani ei tunnu masentuneelta
2. Mielialani on hieman alakuloinen ja masentunut
3. Mielialani on selvästi masentunut



1. Tietopaketti
2. GDS, jos ei dg:a tai hoito riittämätön. Tarvittaessa omalääkärille.
3. GDS, jos ei dg:a tai hoito riittämätön. Tarvittaessa omalääkärille.

10. Ovatko kiinnostuksen kohteet ja harrastukset pysyneet ennallaan?

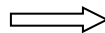
1. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat samanlaisia kuin ennen
2. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat jonkin verran vähentyneet
3. Kiinnostuksen kohteet ja harrastukset ovat selvästi vähentyneet



1. Tietopaketti
2. GDS, jos ei dg:a tai hoito riittämätön. Tarvittaessa omalääkärille. Ohjaus ryhmätoimintaan.
3. GDS, jos ei dg:a tai hoito riittämätön. Tarvittaessa omalääkärille. Ohjaus ryhmätoimintaan

11. Kärsittekö yksinäisyydestä?

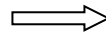
1. Harvoin tai ei koskaan
2. Toisinaan
3. Usein tai aina



1. Tietopaketti
2. Tietopaketti ja ohjaus ryhmätoimintaan haluttaessa.
3. GDS ja ohjaus ryhmätoimintaan. Jos depressio, omalääkärille.

12. Minkälainen on kuulonne (kuulolaitteen kanssa tai ilman)

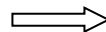
1. Kuulen hyvin tavallisen puheen
2. Puheen kuuleminen tuottaa vaikeuksia
3. En kuule tavallista puhetta



1. Tietopaketti
2. Jos syy epäselvä, puhekuulotesti ja tarvittaessa omalääkärille.
3. Jos syy epäselvä, omalääkärille

13.A Minkälainen on näkökykynne (silmälasien kanssa tai ilman)?

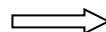
1. Näen lukea normaalisti
2. Lukeminen tuottaa vaikeuksia
3. En näe lukea



1. Tietopaketti
2. Lukutesti. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille
3. Lukutesti. Jos syy epäselvä, ohjataan omalääkärille.

13.B Onko hampaidenne kunto ja suunne terveydentila mielestänne nykyisin:

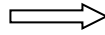
1. hyvä
2. melko hyvä
3. keskitasoinen
4. melko huono
5. 5.huono



- 1-2. Tietopaketti
3. > 1 vtarkastuksesta, ohjaus hml
- 4-5. Jos syy ei selvillä, ohjaus hml

14. Kuinka monta eri lääketta otatte säännöllisesti päivittäin?

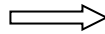
1. 1-4
2. 4-8
3. 9 tai enemmän



1. Tietopaketti
2. Jos säännöllinen lääkariseuranta, tietopaketti. Mikäli >1v lääkärikäynnistä, vastaanotolle tarkastukseen
3. Jos säännöllinen lääkariseuranta, tietopaketti. Mikäli >1v lääkärikäynnistä, vastaanotolle tarkastukseen.

16. Kuinka montaa eri lääketta käytätte tarvittaessa tämän lisäksi?

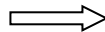
1. 1-2
2. 3-4
3. 5 tai enemmän



1. Tietopaketti
2. Jos säännöllinen lääkariseuranta, tietopaketti. Mikäli >6kk lääkärikäynnistä, vastaanotolle tarkastukseen
3. Jos säännöllinen lääkariseuranta, tietopaketti. Mikäli >6kk lääkärikäynnistä, vastaanotolle tarkastukseen

18. Kuinka usein käytätte alkoholia nautintoaineena tai lääkkeenä?

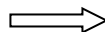
1. Ei koskaan
2. Noin kerran kuussa tai harvemmin
3. 2 - 4 kertaa kuussa
4. 2 - 3 kertaa viikossa
5. 4 kertaa viikossa tai useammin.



1. Tietopaketti
2. Tietopaketti
3. AUDIT. Jos >8 pistettä, mini-interventio omalääkärillä
4. AUDIT. Jos >8 pistettä, mini-interventio omalääkärillä
5. AUDIT. Jos >8 pistettä, mini-interventio omalääkärillä

19. Oletko koskaan ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?

1. En
2. Kyllä



1. Tietopaketti
2. AUDIT. Jos >8 pistettä, mini-interventio omalääkärillä